

	FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL	CÓDIGO: AP-TH-F-67-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA:1 DE 1
		FECHA: 26/11/2018

Fecha: 08/11/2022

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) __Nicole Camila Gonzalez Ramirez__, identificado(a) con documento de identidad No __1000353526__, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) _No me encuentro afiliado_ y/o autoriza la afiliación a la ARL __SURA__.

Atentamente,

__Nicole Camila Gonzalez Ramirez__

FIRMA 

NOMBRE COMPLETO: __Nicole Camila Gonzalez Ramirez__

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: __1000353526__