Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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: 30/11/2022 dd/mm/aaaa

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **JHON GILBERTO MELO VERA,** identificado(a) con documento de identidad No **80014363 de Bogotá D.C.,** informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) _**Ninguna**_ y/o autoriza la afiliación a la ARL **SURA**.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: JHON GILBERTO MELO VERA

No DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **80014363**