

	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: **05/12/2022**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) _____ **Juan Guillermo Ramos Ruiz** _____ identificado(a) con documento de identidad No ____ **1007351762** ____ informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) ____ **SURA** ____ y/o autoriza la afiliación a la ARL ____ **SURA** ____.

Atentamente,

FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: __ Juan Guillermo Ramos Ruiz __

No DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ____ **1007351762** ____