	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: 12/12/2022

Señores

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

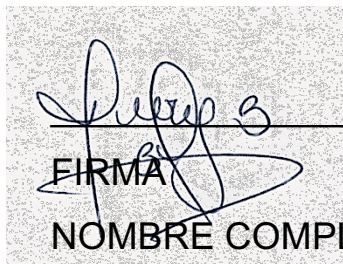
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) **NURY BAYONA BERNAL**, identificado(a) con documento de identidad No **52.909.164**, autoriza la afiliación a la ARL **SURA**.

Atentamente,



NOMBRE COMPLETO: NURY BAYONA BERNAL

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.909.164