


| | | |
|---|--|-----------------------|
|  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: 14 / 11 / 2021

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Lody Paola Camargo Moreno, identificado(a) con documento de identidad No 1010161351, 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,

Lody Camargo

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Lody Paola Camargo Moreno

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1010161351 Bta.