| 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<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 26/11/2018 |

Fecha: 03/11/2021

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Angela Yurani Rey Gama, identificado(a) con documento de identidad No 1018463146, 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,

Angela Yurani Rey Gama

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Angela Yurani Rey Gama

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1018463146.