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: 15/09/2022

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) **Edith yuliana Orrego Monsalve**, identificado(a) con documento de identidad No **1033781738**, 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 Yuliana Orrego

NOMBRE COMPLETO: Edith Yuliana Orrego Monsalve

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:CC 1033781738