	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: **18/05/2022**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano


USS Chapinero

Respetados señores

La señora **Leidy Marcela Cardona Moreno** identificado(a) con documento de identidad No **1.023.927.453 De Bogotá** informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) SURA y/o autorizala afiliación a la ARL Sura

Atentamente,

FIRMA:



NOMBRE COMPLETO: **Leidy Marcela Cardona Moreno**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1.023.927.453**