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 ESE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 26/11,2018

FECHA. 11 NOVIEMBRE 2021

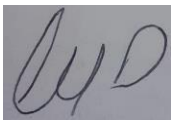
Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Dirección Gestión del Talento Humano
USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señora(a) **LEIDY MARIA DUARTE VESGA**, identificado(a) con documento de identidad No **53031880**, 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: 

NOMBRE COMPLETO: **LEIDY MARIA DUARTE VESGA**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **53.031.880**