	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: 17 de noviembre 2022

Señores

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

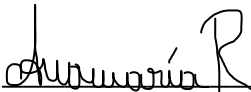
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El (la) señor(a), Ana María Ramírez Jiménez identificado(a) con documento de identidad No 1032494442, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) ninguna y/o autoriza la afiliación a la ARL Sura.

Atentamente,

_____

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: _Ana María Ramírez Jiménez_____

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: __1032.494.442 de
Bogotá_____