

	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 4
		FECHA: 26/11/2018

Fecha: **02/01/2023**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **BUSTAMANTE CONTRERAS MELISSA** identificado(a) con documento de identidad No **1022419219** informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **POSITIVA** y/o autoriza la afiliación a la ARL **SURA**.

Atentamente,

FIRMA: *Melissa Bustamante C*

NOMBRE COMPLETO: **BUSTAMANTE CONTRERAS MELISSA**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1022419219**