	<b>FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</b>	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: 24/01/2023

Señores

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

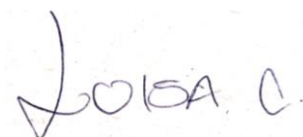
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) LUISA FERNNADA CASTILLO R, identificado(a) con documento de identidad N 1032406340, 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: Luisa Fernanda Castillo Roncancio

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1032406340