	<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 4
		FECHA: 26/11/2018

Fecha: **12/01/2023**

Señores

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


Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **VARGAS CLAROS CARLOS ANDRES** identificado(a) con documento de identidad No **1032415724** 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:   
1032415724

NOMBRE COMPLETO: **VARGAS CLAROS CARLOS ANDRES**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1032415724**