

|                                                                                   |                                                                                  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</b>                                       | CÓDIGO: AP-TH-F-67-01 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSIÓN :1            |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 4        |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA: 26/11/2018     |

Fecha: **17/08/2022**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **RICARDO ANDRES GELVEZ SEVERINO** identificado(a) con documento de identidad No **72341089** 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: **RICARDO ANDRES GELVEZ SEVERINO**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **72341089**