


|   |  |                       |
|---|--|-----------------------|
|  | <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 1         |
|   |  | FECHA: 26/11/2018     |

Fecha: 24/02/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) ANGIE MILENA FIGUEROA OLAYA, identificado(a) con documento de identidad No CC 1.010.039.601, 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,

*Angie Figueroa*

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: ANGIE MILENA FIGUEROA OLAYA \_\_\_\_\_

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_ CC 1.010.039.601\_\_\_\_\_