

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</p>	<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: 23/05/2022

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA SANCHEZ FLOREZ identificado(a) con documento de identidad No 51973519, 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,

Claudia P Sanchez F.

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: CLAUDIA PATRICIA SANCHEZ FLOREZ

No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 51973519