

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</p>	FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL	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: 12-02-2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) YOMARA COY ORTIZ, identificado(a) con documento de identidad No 33219061, 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,

Yomara Coy Ortiz

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: YOMARA COY ORTIZ

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 33219061