

	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: 22/05/2022

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) **_Dolly Marcela Miranda Lugo_**, identificado(a) con documento de identidad No **_1015403343**, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **SURA** **_** y/o autoriza la afiliación a la ARL **Si autorizo** **_**.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: **___DOLLY MARCELA MIRANDA LUGO**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **_____1015403343**