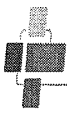


|                                                                                                                                                                          |                                                                                  |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>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<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 4        |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                  | FECHA: 26/11/2018     |

Fecha: **29/03/2023**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **ERIKA LORENA MORA ACOSTA** identificado(a) con documento de identidad No **1013642053** informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **SURAMERICANA** y/o autoriza la afiliación a la ARL **SURAMERICANA**.

Atentamente,

FIRMA:



NOMBRE COMPLETO: **ERIKA LORENA MORA ACOSTA**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1013642053**

Calle 66 # 15-41  
 dircontratacion@subrednorte.gov.co  
 Tel.:4431790Ext.1036  
 Nit: 900971006-4