

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</p>	<p>FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</p>	<p>CÓDIGO: AP-TH-F-67-01</p>
		<p>VERSIÓN :1</p>
	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</p>	<p>PÁGINA:1 DE 1</p>
		<p>FECHA: 26/11/2018</p>

Fecha: 17/04/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) MONICA ANDREA GUEVARA VERA, identificado(a) con documento de identidad No 1.110.459.247, 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,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: MONICA ANDREA GUEVARA VERA

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.110.459.247