

	<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: 26/03/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) GINETH PAOLA VILLAMIZAR ESPINEL, identificado(a) con documento de identidad No 1022361444, 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,

*GINETH VILLAMIZAR*

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: GINETH PAOLA VILLAMIZAR ESPINEL

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1022361444