

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</p>	<p><b>FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</b></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: 27/04/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Paola Andrea Martin Alfonso, identificado(a) con documento de identidad No 1014301293, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) NINGUNA y/o autoriza la afiliación a la ARL Sura

Atentamente,

Paola Andrea Martin A.

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Paola Andrea Martin Alfonso

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1014301293