| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL** | 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 1 |
| | | FECHA: 26/11/2018 |

Fecha: **07/09/2022**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **Laura Andrea Espinel Castro** identificado(a) con documento de identidad No **1049621473** 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,

FIRMA: 

NOMBRE COMPLETO: **Laura Andrea Espinel Castro**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1049621473**