	<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: **16/02/2023**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

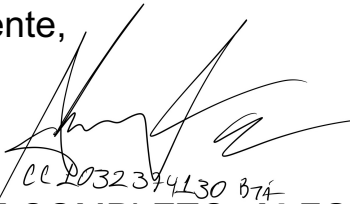
USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **ALFONSO ARCE ESTUPIÑAN** identificado(a) con documento de identidad No **1032374130** 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: **ALFONSO ARCE ESTUPIÑAN**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1032374130**