

	FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL	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 4
		FECHA: 26/11/2018

cha: **11/08/2022**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **CAROLINA VELASQUEZ RAMIREZ** identificado(a) con documento de identidad No **52934661** 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: **CAROLINA VELASQUEZ RAMIREZ**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **52934661**