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 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA:1 DE 1
		FECHA: 26/11/2018

Fecha: 07/05/2023

Señores

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

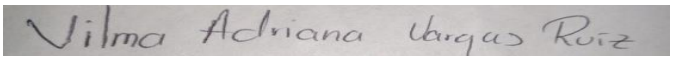
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) __vilma adriana Vargas ruiz __, identificado(a) con documento de identidad No __52764562 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: vilma Adriana Vargas ruiz

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52764562