	<b>FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-67-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	VERSIÓN :1 PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 26/11/2018

Fecha: 20/11/2023

Señores

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

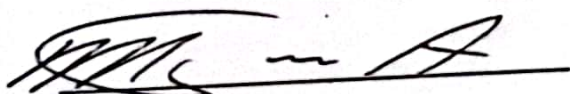
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Mary Feli Barrera Avellaneda identificado(a) con documento de identidad No 52042307, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Sura y/o autoriza la afiliación a la ARL \_\_\_\_\_

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Mary Feli Barrera Avellaneda

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52042307