	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: **02/06/2023**

Señores

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

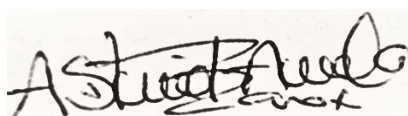
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) ASTRID CAROLINA AVILA BOCANEGRA, identificado(a) con documento de identidad No 1.030.528.539, 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: ASTRID CAROLINA AVILA BOCANEGRA

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.030.528.539