	<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

CFecha: 22/08/2023

Señores

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

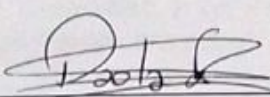
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) **ANGIE PAOLA PARADA FRESNEDA**, identificado(a) con documento de identidad No **1068954196**, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **NINGUNA** y/o autoriza la afiliación a la ARL **SURAMERICANA**.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: ANGIE PAOLA PARADA FRESNEDA

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1068954196.

Calle 66 # 15-41  
dircontratacion@subrednorte.gov.co  
Tel.:4431790Ext.1036  
Nit: 900971006-4