


|  |  |                       |
|--|--|-----------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Norte E.S.E.</p> | FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL  | CÓDIGO: AP-TH-F-67-01 |
|  |  | VERSIÓN :1            |
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1        |
|  |  | FECHA: 26/11/2018     |

Fecha: **23/08/2023**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **Lina Paola Castro Romero** identificado(a) con documento de identidad No **1.000.723.267** 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: *Lina Castro*

NOMBRE COMPLETO: **Lina Paola Castro Romero**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1.000.723.267**