	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: 15/09/2023

Señores

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

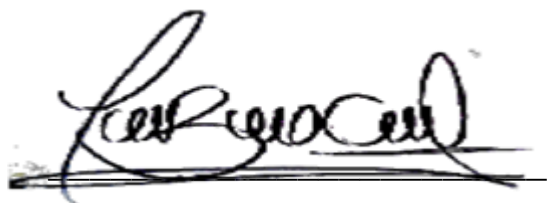
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) **JULIETH STHEFANNY BERNAL CASTRO**, identificado(a) con documento de identidad No **10323434316**, 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: **JULIETH STHEFANNY BERNAL CASTRO**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1032434316 de Bogotá**