

	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: **01/11/2023**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) **RAMON ALFONSO JAVELA MUÑOZ**, identificado(a) con documento de identidad No **1.118.560.673**, 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,

Ramon Javela

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: **RAMON ALFONSO JAVELA MUÑOZ**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1.118.560.673**