Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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: 17/11/2023

Señores

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

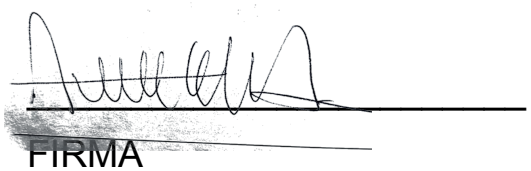
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) ALEJANDRO CASTRO AMADO_, identificado(a) con documento de identidad No 1030521637_, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) _____ y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA_

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: ALEJANDRO CASTRO AMADO

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1030521637