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: 14/12/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) **YENIFER YULIETH DURAN PIÑEROS**, identificado(a) con documento de identidad No **1.233.512.520**, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) SURA y/o autoriza la afiliación a la ARLSURA

Atentamente,

Yenifer Duran

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: **YENIFER YULIETH DURAN PIÑEROS**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1.233.512.520**