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: 05/04/2024

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) _JULI CESAR RAMIREZ YEPES_, identificado(a) con documento de identidad No _1012444411, 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: JULIO CESAR RAMIREZ YEPES

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1012444411