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: **01/08/2024**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) _____NATHALY PUERTO BONILLA_____, identificado(a) con documento de identidad No __1010188469_____, 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: ____NATHALY PUERTO BONILLA___

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ____1010188469_____