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: **07/07/2024**

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) _____LUIS JOSE LOPEZ RODADO_____, identificado(a) con documento de identidad No ____72.003.185____, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) ____POSITIVA ARL___ y/o autoriza la afiliación a la ARL __SURA___

Atentamente,



_____

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: _____LUIS JOSE LOPEZ RODADO_____

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____72.003.185_____