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: 13/09/2024

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) KAREN ESTEPHANIE DIAZ MELO, identificado(a) con documento de identidad No 1024575544, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) ARL SURA y/o autoriza la afiliación a la ARL ARL SURA

Atentamente,



_____

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: KAREN ESTEPHANIE DIAZ MELO

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1024575544