| | | |
|---|---|---|
| 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<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA:1 DE 1 |
| | | FECHA: 26/11/2018 |

Fecha: 16/10/2024

Señores

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

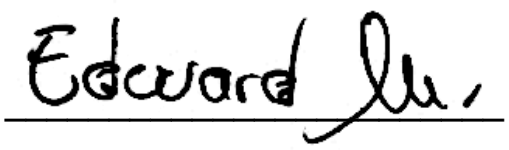
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) __EDWARD DUVAN MUÑOZ SABOGAL__, identificado(a) con documento de identidad No __1.023.884.768__, 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: __EDWARD DUVAN MUÑOZ SABOGAL___

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: __1023884768_____