

	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: **21/10/24**

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 Lorena Sanchez Mora**, identificado(a) con documento de identidad No **1023964638**, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **Sura** y/o autoriza la afiliación a la ARL _____.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: **Karen Lorena Sanchez Mora**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1023964638**