	<b>FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</b>	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/ 12 / 2025

Señores

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

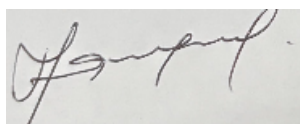
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) NOHORA STELLA AMORTEGUI MOYA, identificado(a) con documento de identidad No 35.514.942, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) SURA y/o autoriza la afiliación a la ARL SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA.

Atentamente,



FIRMA

**NOMBRE COMPLETO:** NOHORA STELLA AMORTEGUI MOYA

**N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 35.514.942