

	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: 30 - 01 - 2022

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El (la) señor(a), María Mónica Carrillo Téllez identificado(a) con documento de identidad No 1030593989, 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,

Monica Carrillo

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: María Mónica Carrillo Téllez

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1030593989