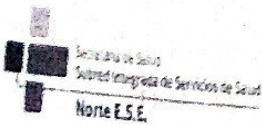


|                                                                                   |                                                                                   |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</b>                                        | CÓDIGO: AP TH-F-07-01 |
|                                                                                   |                                                                                   | 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: 07/02/2013

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) DANIELA CANILA ECHEVERRÍA, identificado(a) con documento de identidad No 1013663792, 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,

CANILA E

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: DANIELA CANILA ECHEVERRÍA PICO

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1013663792