

	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: 08/11/2022

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 Pilar Asprilla Valencia, identificado(a) con documento de identidad No 38.466.202, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **No Tengo** y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: María Pilar Asprilla Valencia

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD 38.466.202 De Buenaventura