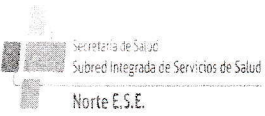


|                                                                                   |                                                                                  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <b>* FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</b>                                     | CÓDIGO: AP-TH-F-67-01 |
|                                                                                   |                                                                                  | 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: 20/05/2022

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Monica Liliana Villamil Benitez, identificado(a) con documento de identidad No 1049620993, 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 Liliana Villamil Benitez

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Monica Liliana Villamil Benitez

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1049620993