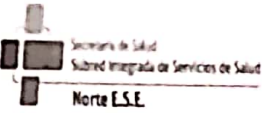


|                                                                                   |                                                                                  |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  | <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: 10/04/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Stephanie Ospina Rojas, identificado(a) con documento de identidad No 1000.161.666, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Ninguna y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Stephanie Ospina Rojas

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1000.161.666