Fecha: **15/05/2023**

Señores

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

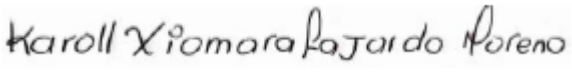
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **KAROLL XIOMARA FAJARDO MORENO** identificado(a) con documento de identidad No **52472635** informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **NINGUNA** y/o autoriza la afiliación a la ARL **SURAMERICANA**.

Atentamente,

FIRMA: 

NOMBRE COMPLETO: **KAROLL XIOMARA FAJARDO MORENO**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **52472635**