

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: 12/11/2021

Señores

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

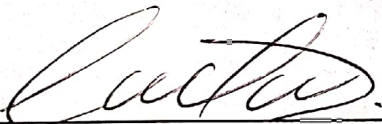
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Camilo Andrés Delgado Boada, identificado(a) con documento de identidad No 1016074826, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Seguros Bolívar y/o autoriza la afiliación a la ARL Sura.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Camilo Andrés Delgado Boada

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1016074826