 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: 11/11/2021

Señores

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


Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) CASTILLO ORTIZ LEIDY PAOLA, identificado(a) con documento de identidad No 1015414640, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) POSITIVA y/o autoriza la afiliación a la ARL POSITIVA.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: CASTILLO ORTIZ LEIDY PAOLA

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1015414640