	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: 28/11/2018

Fecha: 16/11/2022

Señores

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

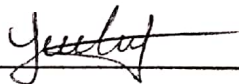
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) lizabeth yessenya lizarazo, identificado(a) con documento de identidad No 1013687231, 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 Seguros Bolívar.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: lizabeth yessenya lizarazo

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1013687231