


|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
|  <p>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Norte E.S.E.</p> | <p><b>FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</b></p>  | <p>CÓDIGO: AP-TH-F-67-01</p> |
|  |  | <p>VERSIÓN :1</p>            |
|  | <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br/>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</p> | <p>PÁGINA: 1 DE 1</p>        |
|  |  | <p>FECHA: 26/11/2018</p>     |

Fecha: 08/10/2021

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Julieth Viviana Velez Chaves, identificado(a) con documento de identidad No 53107126, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) SUPA y/o autoriza la afiliación a la ARL

\_\_\_\_\_

Atentamente,

(S)

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Julieth Viviana Velez Chaves

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 53107126 Btd