

 <p>Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</p>	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: 14/11/2021

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) José Manuel Amonio De Souza, identificado(a) con documento de identidad No CE: 643128, 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: José Manuel Amonio De Souza

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CE: 643128