


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

Fecha: 24/11/2021

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) flor MARINA Albanacin de Hennera, identificado(a) con documento de identidad No 51561824, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Positiva y/o autoriza la afiliación a la ARL

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: flor Marina Albanacin de Hennera

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 51561824