	<b>FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</b>	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: 08/11/2021

Señores

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

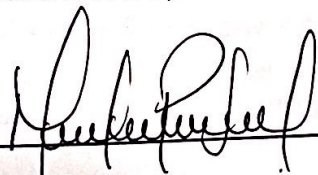
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) \_\_\_\_\_ MARIA ANGELICA PAEZ SANDOVAL \_\_\_\_\_,  
identificado(a) con documento de identidad No 1014216434 \_\_\_\_\_,  
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: \_\_MARIA ANGELICA PAEZ SANDOVAL\_\_

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1014216434 \_\_\_\_\_