

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Versión 1.1.1	FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CONDICIÓN DE PADRE DE FAMILIA
		VERSIÓN
		PÁGINA
		FECHA

Fecha: 10/03/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) María Camila Schach Beltrán identificado(a) con documento de identidad No 1022A09946, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) poshwa y/o autoriza la afiliación a la ARL _____

Atentamente,

Camila Schach

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: María Camila Schach Beltrán

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1022A09946