

	AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	CÓDIGO: AP-TH-F-111-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 10/09/2021

Fecha: **21/02/2023**

Señores

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

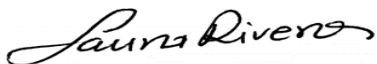
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores

El (la) señor(a) **LAURA YAZMIN RIVERA ROMERO** identificado(a) con documento de identidad No **52152497** informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **SEGUROS BOLIVAR** y/o autoriza la afiliación a la ARL **SEGUROS BOLIVAR**.

Atentamente,

FIRMA: 

NOMBRE COMPLETO: **LAURA YAZMIN RIVERA ROMERO**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **52152497**