

	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: 22/05/2022

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) **LUZ ELENA ARRIETA CARDENAS** identificado(a) con documento de identidad No 64739027, 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

Luiz Elena Arrieta Cardenas

NOMBRE COMPLETO: **LUZ ELENA ARRIETA CARDENAS**

No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD 64739027