	<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: 23/02/2023

Señores

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

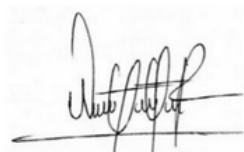
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Libardo Lorenzo De Jesús Ortiz Rincón, identificado(a) con documento de identidad No 1057466382, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) \_\_\_\_\_ y/o autoriza la afiliación a la ARL Positiva.

Atentamente,



**LIBARDO LORENZO DE JESUS ORTIZ RINCON**

C.C. 1.057.466.382 Expedida en Ramiriquí

No Telefónico: **3107570378**

Email: [ortizlibardo01@gmail.com](mailto:ortizlibardo01@gmail.com)