

	<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: 26/09/2022

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) PAULA ANDREA RODRIGUEZ CHACON , identificado(a) con documento de identidad No 1026297091, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) BOLIVAR y/o autoriza la afiliación a la ARL BOLIVAR

Atentamente,




---

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: PAULA ANDREA RODRIGUEZ CHACON

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1026297091