

	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: 09/05/2024

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 ángel bonilla Jiménez**, identificado(a) con documento de identidad No **1026256251**, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **seguros bolívar** y/o autoriza la afiliación a la ARL **seguros bolívar**

Atentamente,

María ángel bonilla Jiménez

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: **María ángel bonilla Jiménez**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1026256251**