	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: 09/06/2023

Señores

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

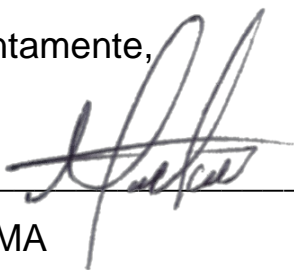
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) MANUEL ALEJANDRO BULLA MORENO, identificado(a) con documento de identidad No 1.016.009.340, 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 SURA.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: MANUEL ALEJANDRO BULLA MORENO

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.016.009.340