| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL** | CÓDIGO: AP-TH-F-67-01 |
| | | VERSIÓN :1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA:1 DE 1 |
| | | FECHA: 26/11/2018 |

Fecha:24/08/2023

Señores

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

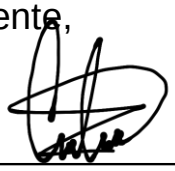
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) CAROLINA BALLEN RODRIGUEZ, identificado(a) con documento de identidad No 52785843, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) COLMENA y/o autoriza laafiliación a la ARL POSITIVA.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Carolina Ballén Rodríguez

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52785843