

	<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: 07/09/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El señor Andres Felipe Arias Ortiz, identificado(a) con documento de identidad No 1018479965, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Positiva y/o autoriza la afiliación a la ARL \_\_\_\_\_.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Andres Felipe Arias Ortiz

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. 1018479965