

	FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL	CÓDIGO: AP-TH-F-07-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA 1 DE 1 FECHA: 20/11/2018

Fecha: 09/10/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) ELVER WALDO GARAY QUEVEDO, identificado(a) con documento de identidad No 80.450.304, 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 SEGUROS BOLIVAR

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: ELVER WALDO GARAY QUEVEDO

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 80.450.304