	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: 05/12/2023

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

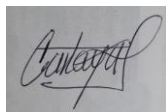
USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) YAIRALIS STEPFANY CARTAYA VEROES, identificado(a) con documento de identidad No 1.130.245.792, Informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) BOLIVAR y/o autoriza la afiliación a la ARL SURA

Atentamente,

FIRMA



NOMBRE COMPLETO: YAIRALIS STEPFANY CARTAYA VEROES

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.130.245.792