	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: 11/12/2023

Señores

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

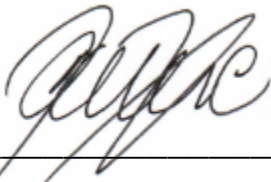
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) EDDYTH ROCIO LANDINEZ CARDENAS, identificado(a) con documento de identidad No 52857561, 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: EDDYTH ROCIO LANDINEZ CARDENAS

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52857561