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 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 26/11/2018

Fecha: 18/12/2023

Señores

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

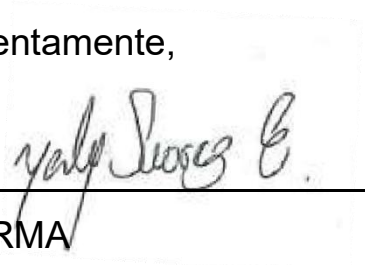
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) ***YERLY JHULEINE SUAREZ ESPAÑA***, identificado(a) con documento de identidad No ***1045708320***, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) ***SEGUROS BOLÍVAR*** y/o autoriza la afiliación a la ARL ***SEGUROS BOLÍVAR***.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: ***YERLY JHULEINE SUAREZ ESPAÑA***

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ***1045708320***