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: DD/MM/AAAA

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) Dayann Liseth Oroco Pereira, identificado(a) con documento de identidad No 1016712648, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) Compañía y/o autoriza la afiliación a la ARL Compañía

Atentamente,

Dayann Oroco

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: Dayann Liseth Oroco Pereira

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC: 1016712648