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: 09/05/2024

Señores

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

Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El(la) señor(a) PAOLA ALEXANDRA MORENO HERNANDEZ identificado(a) con documento de identidad No 35535877, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) BOLIVAR y/o autoriza la afiliación a la ARL BOLIVAR.

Atentamente,



_____

FIRMA

NOMBRE COMPLETO: PAOLA ALEXANDRA MORENO

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 35535877