Bogotá D.C. 03 de Enero de 2018

SEÑORES
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E
Sede Administrativa Chapinero

Respetados Señores:

De manera atenta informo que en la actualidad me encuentro afiliado a la Administradora de Riesgos laborales (ARL) POSITIVA y/o AUTORIZO la afiliación a la ARL POSITIVA o en su defecto a la que indique la Subred Norte E.S.E.

Sin otro particular, agradezco su gestión.

Cordialmente,

Firma: Claudia Bernal
Nombre:CLAUDIA PATRICIA BERNAL POVEDA
CC. 52826840