	<b>FORMATO AUTORIZACIÓN AFILIACIÓN ARL</b>	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: 09/08/2023

Señores

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

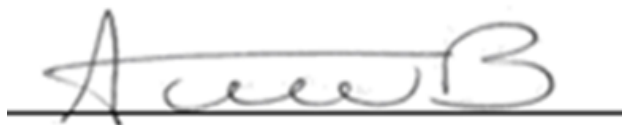
Dirección Gestión del Talento Humano

USS Chapinero

Respetados señores,

El señor **FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ**, identificado con documento de identidad No **1.055.962.490**, informa que en la actualidad se encuentra afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) **Positiva** y autoriza la afiliación a la ARL **Positiva**.

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE COMPLETO: **FREDDY ALONSO BUITRAGO PAEZ**

No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **1.055.962.490**