



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Subred Integrada de Servicios de Salud

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51814600

Numero de Documento

Seguros Bolivar

ARL

Ana

Primer Nombre

Lupa

Segundo Nombre

Rojas

Primer Apellido

Mahacha

Segundo Apellido

04-02-1966

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Kra 12 Bis # 34A15 sur

Dirección de Residencia

8054796

Teléfono Fijo

Cruz Blanca

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 1480.000=-

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Marzo 2 - 2017

Fecha Inicio del Contrato

pulgalup@hotmail.com

Correo Electrónico

3125921558

Celular

Ana Lupa Rojas H

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

trabajador

https://arl.segurosbolivar.com/wps/por



consultas > Consulta Pública ARL > Afiliación trabajador

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

** Campos obligatorios*

La persona identificada con CC-51814600
tiene afiliación vigente con la ARL Seguros
Bolívar

Tipo de Documento *

Número de Documento *



Confirmar imagen *

CONSULTAR

