Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** **APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 03** **FECHA: 2023-03-17**

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE	SEGUROS BOLIVAR NOMBRE ARL
A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION	SURA NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA	1032376556
TIPO DE DOCUMENTO	Numero de Documento

DIEGO	FERNANDO	HERNANDEZ	BUENO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

01.12.1986	BOGOTA DC	DIAGONAL 53 SUR # 60 - 60
Fecha de .Nacimiento	Ciudad de Residencia	Dirección de Residencia

FAMISANAR	PORVENIR	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

AUXILIAR EN ENFERMERIA	iegotrabajo8612@hotmail.cor	318 401 4079
Perfil/ Profesión	Correo Electrónico	Celular

Diego Fdo. Hernández Bueno.

Firma del Afliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011

Código	Código	Nombre
CC-CEDULA DE CIUDADANIA	CC	CEDULA DE CIUDADANIA
CE-CEDULA EXTRANJERIA	CE	CEDULA EXTRANJERIA
PP-PASAPORTE	PP	PASAPORTE
PE-PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA	PE	PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA
PT-PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL	PPT	PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL