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 — SURA (NOMBRE ARL)

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION — SURA (NOMBRE ARL)

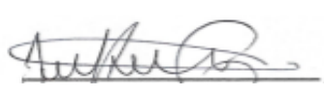
CC-CEDULA DE CIUDADANIA	1022985695
TIPO DE DOCUMENTO	Numero de Documento

JENIFER		GONZALEZ	CHACON
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

17/04/1993	BOGOTA	CR 6 D 88 F 09 SUR
Fecha de .Nacimiento	Ciudad de Residencia	Dirección de Residencia

SALUD TOTAL	PORVENIR	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA	dominikcsantiago1212@gmail.coM	3 2 0 6 4 1 9 9 6 2
Perfil/ Profesión	Correo Electrónico	Celular



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