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	52126804
TIPO DE DOCUMENTO	Numero de Documento

ANYELA	ROCIO	ROBLES	RUIZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

27/07/1972	BOGOTÁ	CL 57A SUR 93C 51 INT 3 CA 9
Fecha de .Nacimiento	Ciudad de Residencia	Dirección de Residencia

FAMISANAR	COLFONDOS	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Técnico administrativo	anyelarobles@gmail.com	3002230155
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