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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

46456345	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

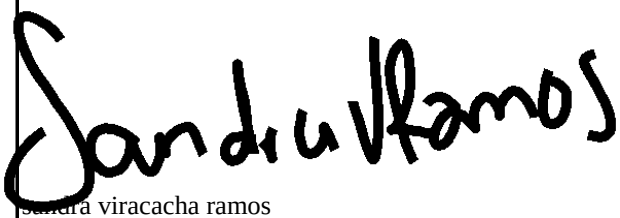
SANDRA		VIRACACHA	RAMOS
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

10/11/1983	CHITA(BOYACA)	KRA10d #31-04 sur	4767594
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

sanitas	proteccion	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

isarios2019@hotmail,com	3165353188
Correo Electrónico	Celular



sandra viracacha ramos	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. _____