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 — NO
NOMBRE ARL

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

CC-CEDULA DE CIUDADANIA	1000117689
TIPO DE DOCUMENTO	Numero de Documento

OSWALDO	STIWAR	SANTAMARIA	FONTECHA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

23,/12,/2000	BOGOTA	CLL 71 SUR *# 17 A 18*
Fecha de .Nacimiento	Ciudad de Residencia	Dirección de Residencia

SURA	PORVENIR	0
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

NA	KIOSAVDOMGAME@GMAIL.COM	3112458441
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