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

1033726678		SURA	
Numero de Documento		ARL	
ERIKA	YANETH	SALAMANCA	ACOSTA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
09/10/1990	BOGOTA	Cr 2A #48R47Sur	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
CAPITAL SALUD	PROTECCION	$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
erikasalamanca57@gmail.com		3144319062	
Correo Electrónico		Celular	
ERIKA SALAMANCA			
Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	