ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V1

NÚMERO DE CÉDULA 1013643531 **FECHA DE NACIMIENTO** 08/09/1993

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Paola Cortes londoño

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Carrera 3 c # 56-35 Sur

LOCALIDAD 5 usme

TELÉFONO FIJO 5699035 **N° CELULAR** 3108523943

CORREO ELECTRÓNICO Cortes.paola08@hotmail.com

EPS nueva eps **FONDO DE PENSIONES** porvenir **ARL** Sura

ESTACO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO ____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI ____ NO X

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI ___ NO X ¿CUÁNTOS? ___ ¿DE QUE EDAD(ES)? ____

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI ___ NO X ¿CUÁNTOS? ____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD SI ___ NO X ¿CUÁL? ____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ____

OTRO ¿CUÁL? ____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD SI ___ No X

¿CUÁL? ____

ENCUESTA GENERAL

Thanks for submitting your contact info!

Modificar tu respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del servicio - Política de Privacidad

Google Formularios