ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V4

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC X CE ___ PPT___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1013618998 FECHA DE NACIMIENTO: 30-01-1991

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Edison Roberto Bermo Saavedra

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: trans 41 # 70c-61 sur

LOCALIDAD: Ciudad bolivar

TELÉFONO FIJO: NA N° CELULAR: 318 642 9495

CORREO ELECTRÓNICO: bermoedison8999gmail.com

EPS: Salud total FONDO DE PENSIONES Porvenir ARL Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI___ NO X

ESTADO CIVIL: CASADO___ SOLTERO___ UNIÓN MARITAL DE HECHO X

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO 2 años 5 meses.

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 NA. 2 años 5 meses

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE 0 NA. NA

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

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA NA AFRODESCENDIENTE NA

OTRO ¿CUÁL? NA

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

¿CUÁL ENTIDAD? NA

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __ NO X

SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? NA

SU FAMILIAR ES: PADRE___ MADRE___ HERMANO(A) __ TIO(A) __ PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? NA

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Luz Saavedra.

NUMERO DE CONTACTO: 3186429495

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner