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: 1033683190 FECHA DE NACIMIENTO: 12/12/1986

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Gina Paola Tavera Gil

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Kr 18 r BIS 68- 30 Sur

LOCALIDAD: Ciudad Bolivar

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 3105465533.

CORREO ELECTRÓNICO: Padatavera33@gmail.com.

EPS: Sanitas FONDO DE PENSIONES Proteccion ARL Sura.

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO _____

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO___X_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE _____ NA. X

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. X

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO X ¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ____

OTRO ¿CUÁL? Ninguna

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ____NO X

¿CUÁL ENTIDAD? _____

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? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Vid. Riberos

NUMERO DE CONTACTO: 3102194375

Gina Paola Tavera Gil

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner