ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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: 1.121.906.125 FECHA DE NACIMIENTO: 14-07-1986

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: LISNEYDA YADITH JIMENEZ SILVA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 14 U 75 16 SUR

LOCALIDAD: USME

TELÉFONO FIJO: _____ Nº CELULAR: 3133738249

CORREO ELECTRÓNICO: Lisitajimenez2009@hotmail.com.

EPS: FAMISANAR FONDO DE PENSIONES PORVENIR ARL SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 NA. _____

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? N/A

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: SOLEDAD SILVA MORENO

NUMERO DE CONTACTO: 3156700996

Lisneyda Jimenez Silva

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner