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: 52739201 **FECHA DE NACIMIENTO:** 18-4-1982
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Dora Zenaida Monroy Rodriguez
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: cl 45-10-70.
LOCALIDAD: Soacha
TELÉFONO FIJO: _____ **Nº CELULAR:** 3142247627.
CORREO ELECTRÓNICO: dmthomasfa@hotmail.com
EPS: Compensar **FONDO DE PENSIONES** Colfondos **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. _____
USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO X ¿CUÁL? _____
PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ___
OTRO¿CUÁL? Ninguno
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: Ligia Rodriguez Madre
NUMERO DE CONTACTO: 3123923973 .

Dora Monroy Rodriguez
Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner