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: 1022997176 **FECHA DE NACIMIENTO:** 25/07/1994

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Laura Jimena Suarez Mendez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 14 # 76 A 30 SUR

LOCALIDAD: Usme

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3214462775

CORREO ELECTRÓNICO: Laurissuarez0@gmail.com

EPS: Famisanar **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **ARL** SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ____ NO X

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

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ____ NO X

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: Diego Velasco

NUMERO DE CONTACTO: 3207902732



Laura Jimena Suarez Mendez
Nombres Apellidos y Firma

Powered by CamScanner