ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA 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: 1031140092 **FECHA DE NACIMIENTO:** 7-04-1992

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Jennifer Julieth bzano Montoya

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Dg 49 Sur #54B-08

LOCALIDAD: Tunjuelito

TELÉFONO FIJO: 5667489 **N° CELULAR:** 3003269850

CORREO ELECTRÓNICO: Jenbzano0817@gmail.com

EPS: Compensar **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? 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: Patricia Montoya

NUMERO DE CONTACTO: 3057721257

Jennifer bzano Montoya.
Nombres Apellidos y Firma

Powered by CamScanner