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: 1000791581 **FECHA DE NACIMIENTO:** 30/04/2000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Karen Lizbeth Cardenas Cuellar

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Diagonal41 a 47d-12e

LOCALIDAD: Soacha-Cundinamarca

TELÉFONO FIJO: N/A **N° CELULAR:** 3112645355

CORREO ELECTRÓNICO: Karen_lizcar@outlook.es

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

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI X NO _____

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO_____X_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI _____NO ___X____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE _____ 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? 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 X **MADRE** X **HERMANO(A)** X **TIO(A) __PRIMO(A) __**

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Elizabeth Cuellar Velandia

NUMERO DE CONTACTO: 3054486597

Karen Lizbeth Cárdenas Cuéllar

Nombres Apellidos y Firma

Powered by CamScanner