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: 1007676412 FECHA DE NACIMIENTO: 28/05/2001

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: MIRLEY VASQUEZ RAMOS

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 49 d SUR # 5Y-48

LOCALIDAD: RAFAEL URIBE

TELÉFONO FIJO: N/A Nº CELULAR: 3154149124

CORREO ELECTRÓNICO: mirleyvasquez28052001@gmail.com

EPS: SURA FONDO DE PENSIONES PORVENIR ARL SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X

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. 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? N/A

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI X NO___

¿CUÁL ENTIDAD? SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

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? N/A

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? N/A

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: LEONARDO BORGES

NUMERO DE CONTACTO: 3208248032

MIRLEY VASQUEZ RAMOS

MIRLEY V.R

Nombres Apellidos y Firma