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: 1033704219 **FECHA DE NACIMIENTO:** 8 / 11 / 88

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Leidy Johanna Rodriguez Rincón

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Kr 5M 49D 59 Sur

LOCALIDAD: Rafael Uribe Uribe

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3103914082

CORREO ELECTRÓNICO: leidyjohannarodriguezrincon@gmail.com

EPS: Compensar **FONDO DE PENSIONES** Proteccion **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 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? _____

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: JEFAUTO RAMIREZ ROJAS

NUMERO DE CONTACTO: 3144446993

Leidy Rodriguez Rincon.

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Scanned with CamScanner