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: 52241260 **FECHA DE NACIMIENTO:** 18-03-1978

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Luz Dary Martínez Ramirez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Kr 46A 59A 25 sur

LOCALIDAD: Ciudad Bolívar

TELÉFONO FIJO: 7160612 **Nº CELULAR:** 3102125190

CORREO ELECTRÓNICO: lindaymr930-hotmail.es

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

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ___ NO X

ESTADO CIVIL: CASADO X SOLTERO ___ **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? 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 ___ MADRE ___ HERMANO(A) ___ TIO(A) ___ PRIMO(A) ___

OTRO, ¿CUÁL? ___

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Gabriela Cañon Hija

NUMERO DE CONTACTO: 3057738390

Luz Dary Martínez R.

Nombres Apellidos y Firma

Powered by CamScanner