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: 1032419350 FECHA DE NACIMIENTO: 19 Julio 1988

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Jenny Paola Torres Robayo

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 32 13 56 T8 Ap301

LOCALIDAD: Soacha

TELÉFONO FIJO: 9033255 N° CELULAR: 3138916276

CORREO ELECTRÓNICO: paolatorresr@gmail.com

EPS: Compensar FONDO DE PENSIONES Colpensiones ARL Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI X NO _____

ESTADO CIVIL: CASADO X SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO _____

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? Ninguno

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: 3204338230 - Edilson Quiroga Pahno

NUMERO DE CONTACTO: 3204338230.

Nombres Apellidos y Firma