X ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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 1001218079 **FECHA DE NACIMIENTO:** 01/01/2000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: JEIMMY NATALIA ROA SORIANO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: DIAGONAL 151 # 141 A 55

LOCALIDAD: SUBA

TELÉFONO FIJO: ____ **N° CELULAR:** 3232465653

CORREO ELECTRÓNICO: NATIS-0333@HOTMAIL.COM

EPS: SALUD TOTAL **FONDO DE PENSIONES** COLPENSIONES **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? NO APLICA

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ____ NO X

¿CUÁL ENTIDAD? ____

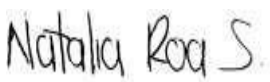
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ____ **NO** X
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? ____

SU FAMILIAR ES: PADRE ____ **MADRE** ____ **HERMANO(A)** ____ **TIO(A)** ____ **PRIMO(A)** ____

OTRO, ¿CUÁL? ____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: BRAYAN EDUARDO MOYA

NUMERO DE CONTACTO: 3026286939



Nombres Apellidos y Firma