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: 1004119833 **FECHA DE NACIMIENTO:** 16/06/1990

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Saray Patricia Almanza Padilla

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: cl 38 #0-62 este Torre 8 Apto 1002

LOCALIDAD: Soacha Cundinamarca

TELÉFONO FIJO: 8823363 **N° CELULAR:** 3114289935

CORREO ELECTRÓNICO: sarayalma@hotmail.com

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

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO x

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO x UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI x NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 2 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? 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: Nilson Almanza

NUMERO DE CONTACTO: 3124353058

Saray Almanza

Nombres Apellidos y Firma

Scanned with CamScanner