ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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: 1032389211 **FECHA DE NACIMIENTO:** 14/10/1986

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: MARLYN TÉLLEZ VELÁSQUEZ

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 168 # 14 – 55 INT 1 CASA 3

LOCALIDAD: USAQUEN

TELÉFONO FIJO: 3146277082 **N° CELULAR:** 3146277082

CORREO ELECTRÓNICO: maytv14@gmail.com

EPS: NUEVA EPS **FONDO DE PENSIONES:** PORVENIR **ARL:** COLMENA

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 __1__ NA**.** _____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ **NA.** __X__

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI __X__ NO ¿CUÁL? AUDITIVA

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? _____N.A_____

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO _X_

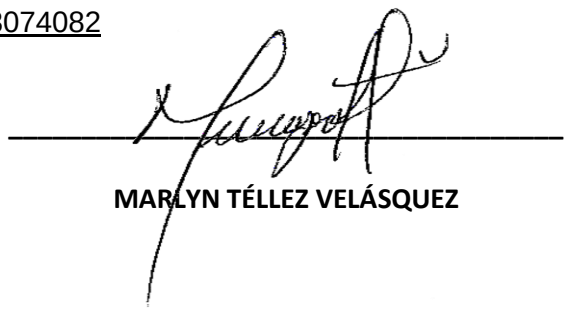
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____N.A_____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? _____N.A_____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: GEIMY TÉLLEZ VELÁSQUEZ

NUMERO DE CONTACTO: 3223074082



MARLYN TÉLLEZ VELÁSQUEZ