Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INGRESO

TIPO DE DOCUMENTO

Cédula de ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO

79.317.528

LUGAR DE EXPEDICIÓN

BOGOTÁ, D.C.-BOGOTÁ, D.C.

PRIMER NOMBRE

JIMMY

SEGUNDO NOMBRE

CESAR ARLEY

PRIMER APELLIDO

HUERTAS

SEGUNDO APELLIDO

GRANOBLES

LUGAR DE NACIMIENTO

BOGOTÁ, D.C.-BOGOTÁ, D.C.

GENERO

Hombre

ESTADO CIVIL

Unión Libre

ESCRIBA SU CORREO ELECTRÓNICO

loreang1@gmail.com

DIRECCIÓN DOMICILIO

Cra 46 #187-39

NUMERO DE CELULAR

3103311929

CONDICION PADRE/MADRE CABEZA DE FAMILIA (CONDICIÓN DE MADRE O PADRE CABEZA DE FAMILIA SE RECONOCERÁ A AQUEL QUE ASUME EN FORMA EXCLUSIVA Y SIN APOYO ALGUNO LA RESPONSABILIDAD DEL HOGAR)

Padre cabeza de familia

¿TIENE HIJOS?

Si

¿CUANTOS HIJOS TIENE?*

2

NOMBRES COMPLETOS PRIMER HIJO (A)

Lorena del pilar huertas solano

FECHA DE NACIMIENTO HIJO (A)

2000-07-23 (Hace 25 años)

EDAD HIJO(A)

25

NOMBRE COMPLETOS SEGUNDO HIJO (A)

angie valeria huertas so ano

FECHA DE NACIMIENTO SEGUNDO HIJO (A)

2003-01-15 (Hace 22 años)

EDAD SEGUNDO HIJO(A)

22

NOMBRE COMPLETOS TERCER HIJO (A)

FECHA DE NACIMIENTO TERCER HIJO (A)

EDAD TERCER HIJO(A)

NOMBRE COMPLETOS CUARTO HIJO (A)

FECHA DE NACIMIENTO CUARTO HIJO (A)

EDAD CUARTO HIJO(A)

¿EN QUE LOCALIDAD VIVE?

Usme

¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD?(LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD SON AQUELLAS QUE TIENEN DEFICIENCIAS FÍSICAS, MENTALES, INTELECTUALES O SENSORIALES A LARGO PLAZO)

No

¿PERTENECE ALGUNA POBLACIÓN ESPECIAL?

No

¿CUAL ES SU EPS?

Compensar

¿CUÁL ES SU FONDO DE PENSIÓN?

Porvenir

¿ESTA AFILIADO A UNA ARL?

Si

¿A QUE ARL ESTA AFILIADO?

Sura

PERFIL AL CUAL FUE CONTRATADO

Medico general

GRADO DE ESCOLARIDAD

- [ ] Bachillerato
- [ ] Auxiliar
- [ ] Técnico Profesional
- [ ] Tecnológico
- [x] Profesional
- [ ] Especializaciones
- [ ] Maestrías
- [ ] Doctorados
- [ ] Técnico Bachiller

ESCRIBA EL NOMBRE COMPLETO DE LA UNIVERSIDAD DONDE TERMINO EL PREGRADO

UNIVERSIDAD MÉXICO AMERICANA DEL NORTE

ESCRIBA LA DIRECCIÓN DE LA UNIVERSIDAD DONDE TERMINO EL PREGRADO

ciudad reynosa-tamaulipas-mexico

ESCRIBA LA CIUDAD DE LA UNIVERSIDAD DONDE TERMINO EL PREGRADO

MONTE REY - NUEVO LEON-MEXICO

ESCRIBA EL NUMERO DEL ACTA DEL PREGRADO

343/93

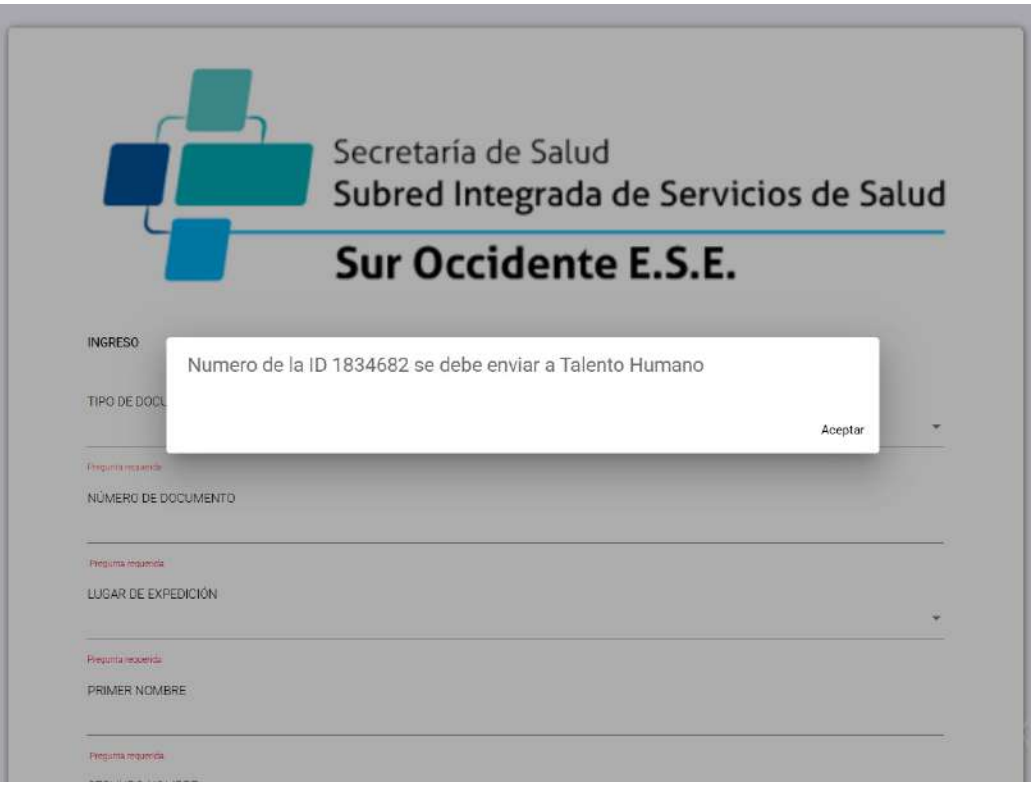
ESCRIBA LA FECHA DEL ACTA DEL PREGRADO

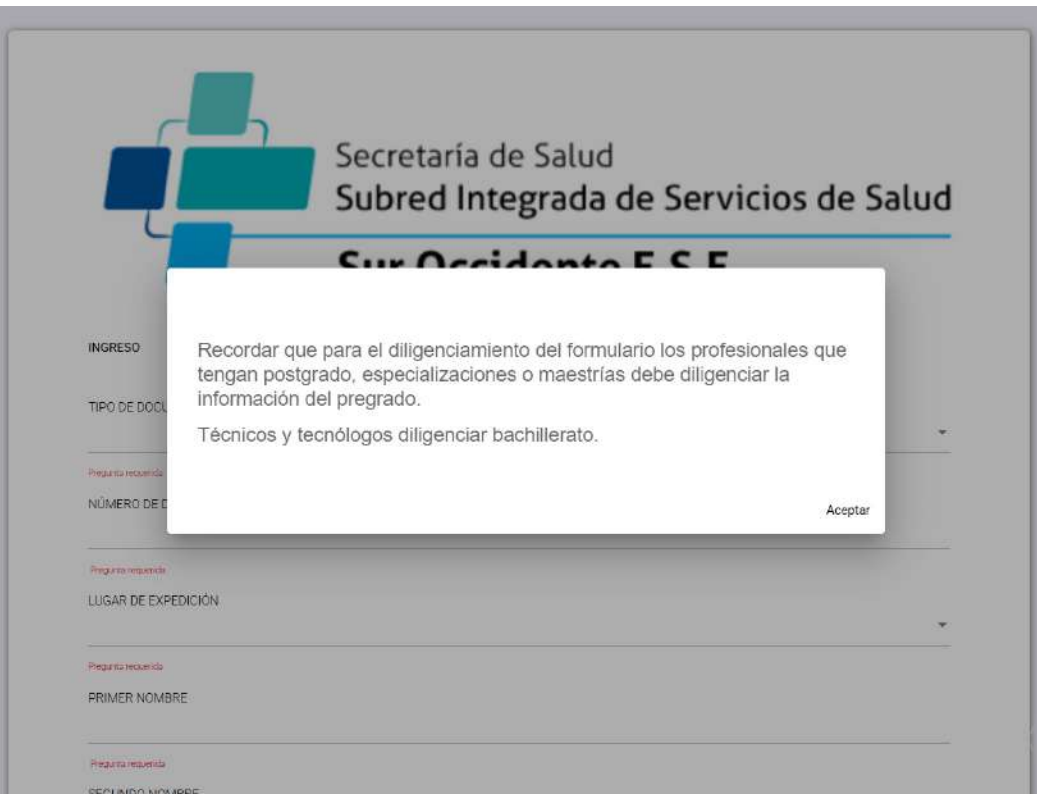
1992-12-02 (Hace 32 años)

TITULO OTORGADO DE PREGRADO

Medico

Guardar


Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
INGRESO
Numero de la ID 1834682 se debe enviar a Talento Humano
Aceptar
TIPO DE DOCU
Pregunta requerida
NÚMERO DE DOCUMENTO
Pregunta requerida
LUGAR DE EXPEDICIÓN
Pregunta requerida
PRIMER NOMBRE
Pregunta requerida


Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E
Recordar que para el diligenciamiento del formulario los profesionales que tengan postgrado, especializaciones o maestrías debe diligenciar la información del pregrado.
Técnicos y tecnólogos diligenciar bachillerato.
Aceptar
INGRESO
TIPO DE DOCU
Pregunta requerida
NÚMERO DE D
Pregunta requerida
LUGAR DE EXPEDICIÓN
Pregunta requerida
PRIMER NOMBRE
Pregunta requerida