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: 1033729868_____FECHA DE NACIMIENTO: 24-ENERO-1991____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: SHERY JOHANNA MARIN TOLOSA _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 52 SUR N 12 B 34 _____

LOCALIDAD: TUNJUELITO_____

TELÉFONO FIJO: 3107730834_____N° CELULAR: 3107730834_____

CORREO ELECTRÓNICO: JOHANNA919898@HOTMAIL.ES _____

EPS: SANITAS FONDO DE PENSIONES: COLPENSIONES ARL SURA USTED FACTURA

ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X_____

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHOX_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI _____NO X_____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 NA. _____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE 0 NA. _____

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? X

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: GUBER DAZA PUENTES

NUMERO DE CONTACTO: 3134159878- 3134170806

SHERY JOHANNA MARIN TOLOSA

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner