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: 1032423411 FECHA DE NACIMIENTO: 31-10-1988

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Lady Paola Morillo Rodriguez.

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TV 18Q 69A 23 INT. 01

LOCALIDAD: Ciudad Bolívar

TELÉFONO FIJO: 6012106141 N° CELULAR: 3203274486

CORREO ELECTRÓNICO: lady881031@gmail.com.

EPS: Compensar FONDO DE PENSIONES Porvenir 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 1 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? N.A

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Hilda Rodriguez

NUMERO DE CONTACTO: 3125901770

Lady Paola Morillo Rodriguez

Nombres Apellidos y Firma

Powered by CamScanner