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: 52230919 **FECHA DE NACIMIENTO:** 15/06/1975.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Johanna Carolina Villate Bonilla

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cl 65 SUR 68A 68.

LOCALIDAD: ciudad Bolivar

TELÉFONO FIJO: ——— **Nº CELULAR:** 3006481075

CORREO ELECTRÓNICO: jhanavillate en@gmail.com

EPS: Sanitas **FONDO DE PENSIONES** colpensiones **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 — NA. —

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE — NA. —

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ____ NO X ¿CUÁL? ____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ___

OTRO ¿CUÁL? NA

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: Hamelt peña Villate.

NUMERO DE CONTACTO: 302 3131429

Johanna C. Villate

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner