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: 52199219 **FECHA DE NACIMIENTO:** 3 de enero 1979.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Jercy Yilena Bautista Amortegui

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Carrera 1 1 # 3-30.

LOCALIDAD: Madrid Cundinamarca.

TELÉFONO FIJO: 6946787 **N° CELULAR:** 3042917803

CORREO ELECTRÓNICO: amortegui m@gmail.com.

EPS: Compensar **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **ARL** SURA.

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X.

ESTADO CIVIL: CASADO X. SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI _____NO X.

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE ____ NA. X.

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? NA.

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ___NO X.

¿CUÁL ENTIDAD? NA.

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? NA.

SU FAMILIAR ES: PADRE__**MADRE**__**HERMANO(A)** __**TIO(A)** __**PRIMO(A)** __

OTRO, ¿CUÁL? NA.

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Diego Armando Meneses.

NUMERO DE CONTACTO: 316 521 2018.

Jercy Y. Bautista A.

Nombres Apellidos y Firma