ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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: 52775806 **FECHA DE NACIMIENTO:** 23/05/81

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Esperanza Garcia Romero

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 60a #75 a 10

LOCALIDAD: Ciudad Bolivar

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3132779349

CORREO ELECTRÓNICO: Gesperanza077@gmail.com

EPS: Sanitas **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI _x_ NO _____

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO _x_ UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI _x_ NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE SI 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? _____

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: Karol Ospina

NUMERO DE CONTACTO: 3134624116

Esperanza Garcia R

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Scanned with CamScanner