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: 1010245598_____**FECHA DE NACIMIENTO:** 05/05/1999_____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Angie Paola Quintero Franco

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 31 sur # 1 a 35_____

LOCALIDAD: San Cristóbal sur _____

TELÉFONO FIJO: N/A_____**N° CELULAR:** 3145971927_____

CORREO ELECTRÓNICO: Francoangie280@gmail.com

EPS: Compensar_____**FONDO DE PENSIONES:** Porvenir_____**ARL** Positiva____

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X_____

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO X____UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI _____NO X_____

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? **n i n g u 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 ___NOX
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: María Elvira Franco Castillo_____

NUMERO DE CONTACTO: 3209912838_____

Angie Paola Quintero Franco

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Scanned with CamScanner