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: 51901061 **FECHA DE NACIMIENTO:** 19-MAYO/1968

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: OLGA PATRICIA SAIAYNCA CAMARGO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 736-48-30 SUR

LOCALIDAD: KENNEDY

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3183737133

CORREO ELECTRÓNICO: olgasubredsur25@gmail.com.

EPS: CAPITAL SALUD **FONDO DE PENSIONES** PORVENIR **ARL** SURA

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. 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? _____

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: SANRA COLLAZOS

NUMERO DE CONTACTO: 3165078859

OLGA PATRICIA SAIAYNCA
OLGA PATRICIA SAIAYNCA CAMARGO
Nombres Apellidos y Firma

Powered by CamScanner