ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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: 1.022.924.054 **FECHA DE NACIMIENTO:** 03/03/2004

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Zharik Juliana Ardila Ramirez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Transversal 6B Bis #48k - 65 sur

LOCALIDAD: Rafael Uribe Uribe

TELÉFONO FIJO: 5227601 **N° CELULAR:** 3208536287

CORREO ELECTRÓNICO: Zharikardila03@hotmail.com

EPS: Salud Total **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 X **NO**__
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? Auxiliar de enfermería

SU FAMILIAR ES: PADRE___**MADRE**___**HERMANO(A)** X **TIO(A)** __**PRIMO(A)** __

OTRO, ¿CUÁL? ____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Sandra V. Ramirez

NUMERO DE CONTACTO: 3123439528

Zharik Juliana Ardila Ramirez
Nombres Apellidos y Firma