	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: 52751013 FECHA DE NACIMIENTO: 04/08/1980

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: SANDRA MILENA SANTA DOMINGUEZ

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 127 BIS 94 C 15

LOCALIDAD: SUBA

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 312 613 30 90

CORREO ELECTRÓNICO: SANTADOMINGUEZ@GMAIL.COM

EPS: COMPENSAR FONDO DE PENSIONES PORVENIR ARL SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO X

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__
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: JHON BLANCO

NUMERO DE CONTACTO: 315 476 0175

SANDRA MILENA SANTA DOMINGUEZ

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner