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: 1023019405 **FECHA DE NACIMIENTO:** 20/02/1997

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Wendy Yineth Rincon Ramos

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: kra 92 A 49 c 11 sur

LOCALIDAD: Bosa

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3022897991

CORREO ELECTRÓNICO: wendzetha-1997@hotmail.com

EPS: Compensar **FONDO DE PENSIONES** proteccion **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO _____

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 __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 Edilma Ramos

NUMERO DE CONTACTO: 3003156686

Wendy Yineth Rincon Ramos

Nombres Apellidos y Firma

Scanned with CamScanner