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: 52288988 FECHA DE NACIMIENTO: 23-06-1979

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Hilda Milena Gomez Jaramillo

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: cl 78 sur A 0-39 AP 102

LOCALIDAD: 5ta Usme

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 3041401041

CORREO ELECTRÓNICO: milenadigitacion23@gmail.com

EPS: Salud total FONDO DE PENSIONES Colfondos ARL Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO _____

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? Ninguna

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ____NO X

¿CUÁL ENTIDAD? Ninguna

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: Paula Gómez

NUMERO DE CONTACTO: 3014010 41

Milena Gómez

Nombres Apellidos y Firma