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: 52739201 FECHA DE NACIMIENTO: 18-04-1982

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Dora Leonida Moreno Rodriguez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cl 45 10-70

LOCALIDAD: Soacha

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 3142247627

CORREO ELECTRÓNICO: dmpthomas@gmail.com

EPS: Compensar 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 1 NA. _____

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? N.A

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? N.A

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Liga Rodriguez

NUMERO DE CONTACTO: 3123923970

Dora Moreno Rodriguez

Nombres Apellidos y Firma

Powered by CamScanner