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: 37725337 **FECHA DE NACIMIENTO:** 24/4/1979

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Sandra Milena Morales Sierra

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Tv 78B 45 13 Sur To 12 Apt 44B

LOCALIDAD: Kennedy

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3025929898

CORREO ELECTRÓNICO: Samyarmaos18@gmail.com

EPS: Sanitas **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **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** 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: Jorge Eduardo Loaiza Loaiza

NUMERO DE CONTACTO: 3246150305

Sandra Milena Morales Sierra

Nombres Apellidos y Firma

Scanned with CamScanner