ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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:1001271266_____FECHA DE NACIMIENTO: 19 julio 2001

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Laura camila Ayala roa___

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: ___Cl 59 bis sur # 47 34___

LOCALIDAD: Cuidad bolívar_____

TELÉFONO FIJO: NO N° CELULAR 3118811149

CORREO ELECTRÓNICO: _____lauracamilaayala29@gmail.com

EPS: salud total 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 X_____NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1_N.A. _

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____N.A. X_____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NOX ¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ____AFRODESCENDIENTE _____

OTRO ¿CUÁL? NO_____

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: DIEGO MAURICIO CARRILLO____

NUMERO DE CONTACTO: 3118811149_____

Laura Camila Ayala Roa

Nombres Apellidos y Firma

Powered by CamScanner

LAURA CAMILA AYALA ROA

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner