ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA 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: 53091713 **FECHA DE NACIMIENTO:** 18/09/1985

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: NOTDY CAMPOS SALAZAR

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TV 48 A BIS 69 A 43 SUR

LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3184343454

CORREO ELECTRÓNICO: camposssalazainatdy@gmail.com

EPS: Compensar **FONDO DE PENSIONES** COLFONDOS **ARL** POSITIVA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO Y

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI Y NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE _____ NA. Y

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. Y

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO Y ¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ___

OTRO ¿CUÁL? NO

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

¿CUÁL ENTIDAD? _____

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO Y

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: JUAN CARLOS SANTOS

NUMERO DE CONTACTO: 3046283261

NOTDY CAMPOS

Nombres Apellidos y Firma

Powered by CamScanner