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: 1013623997 **FECHA DE NACIMIENTO:** 27-07-1991

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Angie Denys Castiblanco Toro

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Kr 78d 60 09 Sur

LOCALIDAD: Bosa

TELÉFONO FIJO: 7751467 **N° CELULAR:** 3122549116

CORREO ELECTRÓNICO: acastiblant@gmail.com

EPS: Nueva EPS **FONDO DE PENSIONES** Proteccion **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? _____

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

¿CUÁL ENTIDAD? Hospital Mario Gaitan Yanguas Soacha

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: Martha Toro

NUMERO DE CONTACTO: 7751467

Angie Denys Castiblanco Toro
Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner