| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | 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:** 1022979371 **FECHA DE NACIMIENTO:** 13/08/1992

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** Jeimmy Johanna Molina Diaz

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** Diagonal 98Sur #07-03

**LOCALIDAD:** Usme

**TELÉFONO FIJO:** 3107164 **Nº CELULAR:** 3204637504

**CORREO ELECTRÓNICO:** Jeimmy654@hotmail.com

**EPS:** Compensar **FONDO DE PENSIONES** Colfondos **ARL** SURA

**USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE:** SI_____NO _____

**ESTADO CIVIL:** CASADO_____ SOLTERO X **UNIÓN MARITAL DE HECHO**_____

**MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA:** SI _____NO X

**CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE** ____ 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? Ninguna

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

¿CUÁL ENTIDAD? Ninguna

**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:** Nubia Isabel Diaz

**NUMERO DE CONTACTO:** 3123609498

Jeimmy Molina.

**Nombres Apellidos y Firma**



Powered by CamScanner