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: 1.022.977.462 **FECHA DE NACIMIENTO:** 11/06/1992

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Tatiana Paola Rodríguez Rodríguez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 14 I # 73 B 33 sur

LOCALIDAD: Usme

TELÉFONO FIJO: X **N° CELULAR:** 3212055533 - 3027469039

CORREO ELECTRÓNICO: tatiis1106@hotmail.com

EPS: Famisanar **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 3 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? 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 __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: Diego Amaya

NUMERO DE CONTACTO: 3212076222

Tatiana Paola Rodríguez Rodríguez

Tatiana Rodriguez

Nombres Apellidos y Firma