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: 1010226780 **FECHA DE NACIMIENTO:** 11-03-1996 **NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** SERRATO MORENO EDITH PAOLA **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** Cra 8 A ESTE N 2 88 **LOCALIDAD:** SANTA FE **TELÉFONO FIJO:** 2800733 **Nº CELULAR:** 3202532903
CORREO ELECTRÓNICO: EDITHPAOLA1103@GMAIL.COM **EPS:** FAMISANAR CAFAM **FONDO DE PENSIONES**PORVENIR **ARL** SURA **USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE:** SI___NO X
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. 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? NINGUNA
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: HELOISA MORENO GOMEZ
NUMERO DE CONTACTO: 3123231880

Edith Sancho
Nombres Apellidos y Firma
Edith Paola Sancho Moreno.

Powered by CamScanner