ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

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 ___
Número de documento: 1.010.196.091 Fecha de nacimiento: 26 Enero 1991
Nombres y apellidos completos: ANGELICA YARLEY RODRIGUEZ GARCIA.
Dirección de residencia: Trav 14 T 69 B 26 SUR
Localidad: USME
Teléfono fijo: _____ N° celular: 3115094534 Correo electrónico: angelsalome10@Hotmail.Com
e.p.s.: Capital Salud Fondo de pensiones: Colfondos 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 ___
Tiene hijos menores de 12 años Si X No ___ ¿Cuántos? 2 ¿De qué edad(es)? 11 y 9
Tiene hijos con discapacidad: Si ___ No X ¿Cuántos? _____
Usted presenta alguna discapacidad: Si ___ No X ¿Cuál? _____
Pertenece usted a alguna comunidad étnica: Indígena ____ Afrodescendiente ____
Otro ¿Cuál? _____
Usted actualmente tiene un contrato simultáneo 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 qué área o dependencia trabaja?

_____
Su familiar es: Padre ___ Madre X Hermano(a) ___ Tío(a) ___ Primo(a) ___
Otro, ¿Cuál? hijos
En caso de emergencia contactar a: 320 300 7715 Maria Garcia
Número de contacto: 320 303 7715

ANGELICA YARLEY RODRIGUEZ GARCIA
Nombres y apellidos cxompletos

Yarley Rodriguez
Firma

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ