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 V2**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

NÚMERO DE CÉDULA 52103524 **FECHA DE NACIMIENTO** 29 Septiembre de 1971

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Ana Maria Viana Solorza

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Calle 7 A BIS C # 72 B 15

LOCALIDAD Kennedy

TELÉFONO FIJO 4246249 **N° CELULAR** 3138431645

CORREO ELECTRÓNICO mariaviana solorza @ hotmail. com

EPS Nueva EPS **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **ARL** SURA

ESTACO CIVIL: CASADO____ SOLTERO____UNIÓN MARITAL DE HECHO____ DIVORCIADA [X]

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI ____NO X

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI____NO X ¿CUÁNTOS? N.A ¿DE QUE EDAD(ES)? N.A

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X ¿CUÁNTOS? N.A

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD SI ____ NO X ¿CUÁL? N.A

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA INDÍGENA____AFRODESCENDIENTE_____

OTRO ¿CUÁL? N.A

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD SI____No X

¿CUÁL? _____

Ana Maria Viana Solorza

Nombres Apellidos y Firma

Ana María Viana Solorza