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: 80130061 **FECHA DE NACIMIENTO:** 29 MAYO 1981

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Juan Pablo Sanabria Gomez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR71 2A66

LOCALIDAD: KENNEDY

TELÉFONO FIJO: N. A **Nº CELULAR:** 3132848243

CORREO ELECTRÓNICO: pjppablos@gmail.com

EPS: Sanitas **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 1 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? NA.

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: Elizabeth Castellanos

NUMERO DE CONTACTO: 3105952981

Nombres Apellidos y Firma

Scanned with CamScanner