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: 1024497386 **FECHA DE NACIMIENTO:** 29-11-1989

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Nohora Constanza Sánchez Cano

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 22 bis #68A-53 SUR

LOCALIDAD: Ciudad Bolivar

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3053343846

CORREO ELECTRÓNICO: nohorasanchezpsico89@gmail.com

EPS: Sanitas **FONDO DE PENSIONES** Protección **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? _____

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 X **NO**__
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? Gestión del Riesgo

SU FAMILIAR ES: PADRE___**MADRE**___**HERMANO(A)** X **TIO(A)** __**PRIMO(A)** __

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Angela Sánchez

NUMERO DE CONTACTO: 3156386655

Nohora C. Sánchez C

Nohora Constanza Sánchez Cano

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner