ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA 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: 52856130 **FECHA DE NACIMIENTO:** 28 julio 1980

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Sandra Bibiana Velasquez Mendoza

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Carrera 12 bis # 22-54 sur

LOCALIDAD: Rafael Uribe Uribe

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3205673854

CORREO ELECTRÓNICO: bibianaTrabajosocial.22@outbox.com

EPS: Sanitas **FONDO DE PENSIONES** Protección **ARL** SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ____ NO X

ESTADO CIVIL: CASADO X SOLTERO ____ UNIÓN MARITAL DE HECHO ____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ____ NO X

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 NA. ____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE 1 NA. ____

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 __ **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: Luz Yaneth Mendoza Tellez

NUMERO DE CONTACTO: 3182725908

Sandra Bibiana Velasquez Mendoza
Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Powered by CamScanner