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** ____ **PPT**___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 52.746.535 **FECHA DE NACIMIENTO:** 22-08-1983

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Sandra Janneth Jiménez Valencia

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 2 # 930-45

LOCALIDAD: Kennedy

TELÉFONO FIJO: 9460237 **Nº CELULAR:** 3166031682

CORREO ELECTRÓNICO: sandrajjv@hotmail.com

EPS: Famisanar **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **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 _____

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 __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: Diva Valencia

NUMERO DE CONTACTO: 3138967891

Sandra J. Jiménez

Nombres Apellidos y Firma