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: 45561889 **FECHA DE NACIMIENTO:** 21/08/1983

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Verónica Inés Niebles Vargas

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Carrera 79 # 14 B - 57

LOCALIDAD: Kennedy

TELÉFONO FIJO: 0 **N° CELULAR:** 3134328227 3004030440

CORREO ELECTRÓNICO: VeniVar7@hotmail.com

EPS: SURA **FONDO DE PENSIONES** PORVENIR **ARL** POSITIVA

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 0 NA. ____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE 0 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: Ervin Duvara Caita

NUMERO DE CONTACTO: 3004030440

Verónica Ines Niebles Vargas

Nombres Apellidos y Firma