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: 1.013.671.899 **FECHA DE NACIMIENTO:** 25- Diciembre - 1996

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Karen Lizeth Gomez Cutiva.

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 1 # 39-19

LOCALIDAD: Puente Aranda

TELÉFONO FIJO: 601. 2034776 **N° CELULAR:** 3143692566

CORREO ELECTRÓNICO: ndkarengomez@gmail.com

EPS: Ahorsalud **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI X NO ____

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 __ 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: Jose del Carmen Gomez Rodr

NUMERO DE CONTACTO: 3153188540

Karen Lizeth Gomez Cutiva - Karen L. Gomez C.

Nombres Apellidos y Firma

Scanned with CamScanner