

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Secretaría de Salud de Bogotá D.C.</small>	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 ☒ CE _____ PPT _____

NÚMERO DE DOCUMENTO: 52763605 FECHA DE NACIMIENTO: 9 de junio de 1979

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Consuelo Triviño Muñoz

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TV 32 58 C 29 SUR

LOCALIDAD: Ciudad Bolívar

TELÉFONO FIJO: 7314841 N° CELULAR: 3107537797

CORREO ELECTRÓNICO: consutrivi@gmail.com

EPS: Famisanar Colsubsidio FONDO DE PENSIONES Colpensiones ARL Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ☒ NO _____

ESTADO CIVIL: CASADO _____ SOLTERO ☒ UNIÓN MARITAL DE HECHO _____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ☒ NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE _____ NA. ☒

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. ☒

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____ NO ☒ ¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA _____ AFRODESCENDIENTE _____

OTRO ¿CUÁL? N / A

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI _____ NO ☒

¿CUÁL ENTIDAD? _____

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI _____ NO ☒

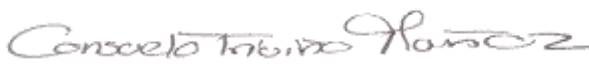
SI SU RESPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE _____ MADRE _____ HERMANO(A) _____ TIO(A) _____ PRIMO(A) _____

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Blanca Nelly Triviño Muñoz

NUMERO DE CONTACTO: 3007187916



Nombres Apellidos y Firma 2023-11-15