

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Oficina de Planeación y Desarrollo Urbano</small> <small>Oficina de Gestión y Control de la Calidad</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: 1.031.138.550 FECHA DE NACIMIENTO: 30/04/1992

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Zulay Viviana Aranguren Jimenez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 22A 42 30 SUR IN 5

LOCALIDAD: Rafael Uribe Uribe

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 3203918995

CORREO ELECTRÓNICO: zulay.aranguren.mvz@gmail.com

EPS: Compensar 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? _____

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: Maria del Pilar Jimenez

NUMERO DE CONTACTO: 3124004778


Zulay Viviana Aranguren Jimenez
Nombres Apellidos y Firma