



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SAUUD
S. Unid 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 ☒ CE _____ PPT _____

NÚMERO DE DOCUMENTO: 80926842 FECHA DE NACIMIENTO: 23/07/1985

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: VICTOR ALFONSO GOMEZ CORTES

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 102ª 74 16

LOCALIDAD: ENGATIVA

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 3112273183

CORREO ELECTRÓNICO: vktortsa@gmail.com

EPS: SANITAS FONDO DE PENSIONES COLPENSIONES ARL SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI _____ NO ☒ X _____

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? N/A

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: DAGOBERTO GÓMEZ CORTES (HERMANO)

NUMERO DE CONTACTO: 3166964453

VICTOR ALFONSO GÓMEZ CORTES

Nombres Apellidos y Firma