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: 1014209849 **FECHA DE NACIMIENTO:** 03/04/1990

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Viviana Andrea Sanchez Gómez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Tr 70 C Bis # 63 A 39

LOCALIDAD: Engativa

TELÉFONO FIJO: 445 1702 **Nº CELULAR:** 3114591931

CORREO ELECTRÓNICO: vivilennon182@hotmail.com

EPS: Compensar **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **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? Ninguna

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ___ NO Y

¿CUÁL ENTIDAD? N/A

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __ NO Y

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: Jairo Sánchez

NUMERO DE CONTACTO: 3123773059

Viviana Andrea Sanchez Gomez

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-16

Powered by CamScanner