ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred 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 X **CE** ____ **PPT**___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1030603201 **FECHA DE NACIMIENTO:** 12/12/1991

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Mayerli Sandoval González

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Carrera 78 G # 47 B 62 Sur

LOCALIDAD: Kennedy

TELÉFONO FIJO: 3214290545 **N° CELULAR:** 3214290545

CORREO ELECTRÓNICO: sandovalmay1215@gmail.com

EPS: Famisanar **FONDO DE PENSIONES** Protección **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO x

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO x UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI x NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 NA. _____

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? _____

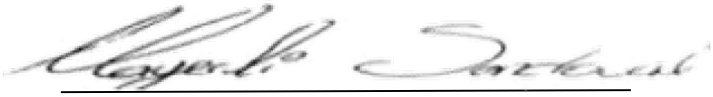
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO X
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Patricia Sanchez Sandoval

NUMERO DE CONTACTO: 3115492601



Nombres Apellidos y Firma