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: 1000323294 FECHA DE NACIMIENTO: 29/05/2001

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: LADDY ALEJANDRA CALDERON TORRES

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TRANSVERSAL 24 B #17 - 67

LOCALIDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA

TELÉFONO FIJO: 00 N° CELULAR: 3102724791

CORREO ELECTRÓNICO: CALDERONTORRESL@GMAIL.COM

EPS: SALUD TOTAL FONDO DE PENSIONES: COLFONDOS 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 X

¿CUÁL ENTIDAD? _____

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

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) X TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: OLGA LUCIA TORRES

NUMERO DE CONTACTO: 3134778030



Nombres Apellidos y Firma