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: 236305_____FECHA DE NACIMIENTO: 30/04/1956

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: ___Jossie Delgado Salazar

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: ___transv. 70 D 63- 15

LOCALIDAD: Engativá

TELÉFONO FIJO: _____N° CELULAR: 3152979375_____

CORREO ELECTRÓNICO: jossdesa@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 _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE N/A__NA**. _____**

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE X NA. _____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO X_____¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___AFRODESCENDIENTE _____
OTRO ¿CUÁL? _____

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: JOSE GUILLERMO DELGADO__

NUMERO DE CONTACTO: 3103148721



Jossie Delgado Salazar

Nombres Apellidos y Firma