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: 52904294 **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: ANA MILENA MARTINEZ GARZON

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 62 A SUR # 67 - 31

LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR

TELÉFONO FIJO: N/A **N° CELULAR:** 3103401576

CORREO ELECTRÓNICO: milenamar81@hotmail.com

EPS: COMPENSAR FONDO DE PENSIONES PORVENIR ARL SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____ NO X

ESTADO CIVIL: CASADO X SOLTERO_____ 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__ 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? NINGUNA

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: FERNANDO LLERENA_____

NUMERO DE CONTACTO: 3222438119



ANA MILENA MARTINEZ GARZON

Nombres Apellidos y Firma