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: 1000257854 **FECHA DE NACIMIENTO:** 30 de Noviembre 2001

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Eliana Mayerly Vasquez salamanca

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: calle 73 a sur # 11-03

LOCALIDAD: Usme

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3507443040

CORREO ELECTRÓNICO: eliana.vasquez.trabajo@gmail.com

EPS: Sanitas **FONDO DE PENSIONES** Protección **ARL** Positiva

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO _____

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? _____

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: Claudia Salamanca

NUMERO DE CONTACTO: 3142439585

Eliana mayerly vasquez salamanca

Nombres Apellidos y Firma