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: 39672736 **FECHA DE NACIMIENTO:** 30 agosto 1975

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Evelia Castañeda Montaña

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: calle 69 b n 17 m 48sur

LOCALIDAD: ciudad bolivar

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3125738090

CORREO ELECTRÓNICO:evelincasta75@gmail.com

EPS: salud total **FONDO DE PENSIONES** colfondos **ARL** positiva

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 _____ 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 __NOX__
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: jontathan castañeda

NUMERO DE CONTACTO:3102501294

Evelia Castañeda M.

_____

Nombres Apellidos y Firma