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: 1012353097 **FECHA DE NACIMIENTO:** 09/06/1989

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: GLORIA FERNANDA BÁEZ CASTIBLANCO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 18 3 20-51, TO 5, APTO 1754

LOCALIDAD: LOS MARTIRES

TELÉFONO FIJO: 3185157765 **N° CELULAR:** 3185157765

CORREO ELECTRÓNICO: fernandabaezts@gmail.com

EPS: SURA **FONDO DE PENSIONES** COLPENSIONES **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? _____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI X NO___

¿CUÁL ENTIDAD? Secretaría Distrital de Integración Social

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: GLORIA CASTIBLANCO

NUMERO DE CONTACTO: 3142807886

fernanda Báez.

GLORIA FERNANDA BÁEZ CASTIBLANCO

Nombres Apellidos y Firma