

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	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 ☒ CE ☐ PPT ☐
 NÚMERO DE DOCUMENTO: 1'018.496.899 FECHA DE NACIMIENTO: 06/09/1997
 NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Camila Andrea Delgado Sanchez
 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KL 7 42-109
 LOCALIDAD: Soacha
 TELÉFONO FIJO: — N° CELULAR: 3125387096
 CORREO ELECTRÓNICO: Camila-Sanchez14@hotmail.com
 EPS: Alcansalud FONDO DE PENSIONES porvenir ARL Sura
 USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ☐ NO ☒
 ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☒ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☐
 MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ☐ NO ☒
 CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE ☐ NA. ☒
 CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE ☐ NA. ☒
 USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ ¿CUÁL? ☐
 PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ☐ AFRODESCENDIENTE ☐
 OTRO ¿CUÁL? ☐
 USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☒
 ¿CUÁL ENTIDAD? ☐
 USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ☐ NO ☒
 SI SU RESPUESTA ES SI, ¿EN QUE ÁREA O DEPENDENCIA TRABAJA? ☐
 SU FAMILIAR ES: PADRE ☐ MADRE ☐ HERMANO(A) ☐ TIO(A) ☐ PRIMO(A) ☐
 OTRO, ¿CUÁL? ☐
 EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Nobel Sanchez
 NÚMERO DE CONTACTO: 3203241353

Camila Andrea Delgado Sanchez
 Nombres Apellidos y Firma