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: 1031166079 **FECHA DE NACIMIENTO:** 22 • Julio • 1996

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Geraldyn Steffany Cabrera Sua

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Tr. 17 B # 35 B 18 Sur

LOCALIDAD: Rafael Uribe

TELÉFONO FIJO: 2091615 **N° CELULAR:** 3125263037

CORREO ELECTRÓNICO: tomibrage@gmail.com

EPS: Compensar **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI X 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? 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 X MADRE X HERMANO(A) ___ TIO(A) ___ PRIMO(A) ___

OTRO, ¿CUÁL? ___

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Tomas Cabrera

NUMERO DE CONTACTO: 3107577633

Geraldyn Steffany Cabrera Sua

Geraldyn C.

Nombres Apellidos y Firma