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:____1026587710_____FECHA DE NACIMIENTO: __10/08/1996_____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: _DANIELA ALEXANDRA QUINTERO LONDOÑO_____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: ___KR 121B 126 F 34 LOCALIDAD __SUBA___TELÉFONO FIJO:_

3144085392 N° CELULAR: __3144085392_____ CORREO ELECTRÓNICO: _

DANIELAQUINTEROL04@GMAIL.COM_____ EPS: SALUD TOTAL FONDO DE PENSIONES_

PORVENIR ARL_____SURA____ 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 ___1__NA**. _____**

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:_____Maria Luzmila Londoño Bermúdez ___

NUMERO DE CONTACTO: 3108894377_____



Nombres Apellidos y Firma