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: 40.026.798 **FECHA DE NACIMIENTO:** 17/06/1968

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Luz Amparo Acuña Galindo

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Kr 32 53 19 Sur

LOCALIDAD: Tunjuelito

TELÉFONO FIJO: NA **N° CELULAR:** 3112578161

CORREO ELECTRÓNICO: lib0203@gmail.com

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

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO _____

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____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_____¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ____
OTRO ¿CUÁL? NA

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ____NO_x_

¿CUÁL ENTIDAD? NA

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? NA

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? NA

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Hermon Jose Saenz

NUMERO DE CONTACTO: 3103468582

Nombres Apellidos y Firma
Luz Amparo Acuña Galindo