| | | |
|---|---|---|
| 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:** 1022410956 **FECHA DE NACIMIENTO:** 14/12/1995

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** DIANA CAROLINA DIAZ VEGA

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** KR 68G 9C 51 TO 2 AP 502

**LOCALIDAD:** KENNEDY

**TELÉFONO FIJO:** - - - - - **N° CELULAR:** 3204056749

**CORREO ELECTRÓNICO:** DDIAZEGAD@GMAIL.COM

**EPS:** COMPENSAR **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** X **NO**__

**SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA?** GESTIÓN DE LA CALIDAD

**SU FAMILIAR ES: PADRE**___**MADRE** X **HERMANO(A)** __**TIO(A)** __**PRIMO(A)** __

**OTRO, ¿CUÁL?** _____

**EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A:** SANTIAGO AMAYA LOPEZ

**NUMERO DE CONTACTO:** 3103904383

DIANA CAROLINA DIAZ VEGA



**Nombres Apellidos y Firma**