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: 1013688862 FECHA DE NACIMIENTO: 19/06/1999

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: SANTIAGO SANTAMARIA RINCON ----------

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CARRERA 4 B 33 A 28 SUR

LOCALIDAD: SAN CRISTOBAL ----------

TELÉFONO FIJO: 3678951 N° CELULAR: 3014199101

CORREO ELECTRÓNICO: santamariasnt19@gmail.com

EPS: EPSSANITAS FONDO DE PENSIONES COLPENSIONES ARL POSITIVA----------

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____ NO __**X**__

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? **N A**

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? NA

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: ALBA PATRICIA RINCON

NUMERO DE CONTACTO: 314609119

Santiago Santam R

_____

SANTIAGO SANTAMARIA RINCON