

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD S. del F. de la Salud de Bogotá 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 ☒ CE ☐ PPT ☐
 NÚMERO DE DOCUMENTO: 1022961161 FECHA DE NACIMIENTO: 01-Julio-1990
 NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: LEIDY PAOLA GARZON Sanchez
 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 7C # 87 B 10 SUR
 LOCALIDAD: USME
 TELÉFONO FIJO: N/A N° CELULAR: 3228167428
 CORREO ELECTRÓNICO: leidypaolagarzonSanchez@gmail.com
 EPS: FAMILIAR FONDO DE PENSIONES PROVENIR ARL SURA
 USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ☐ NO ☒
 ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☒ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☐
 MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ☒ NO ☐
 CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 NA. ☐
 CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE ☐ NA. ☒
 USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ ¿CUÁL? ☐
 PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ☐ AFRODESCENDIENTE ☐
 OTRO ¿CUÁL? N/A
 USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☒
 ¿CUÁL ENTIDAD? ☐
 USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ☐ NO ☒
 SI SU RESPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? ☐
 SU FAMILIAR ES: PADRE ☐ MADRE ☐ HERMANO(A) ☐ TIO(A) ☐ PRIMO(A) ☐
 OTRO, ¿CUÁL? N/A
 EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Blanca Cecilia Sanchez
 NUMERO DE CONTACTO: 3219107458

LEIDY PAOLA GARZON LEIDY GARZON
 Nombres Apellidos y Firma