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: ____38473554_____FECHA DE NACIMIENTO: _____21/06/1979_____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: ____Soley duran otero___DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _

clla 69 j sur 46b77 LOCALIDAD: cuidad balivar___ TELÉFONO FIJO: _____N° CELULAR: ___

3007904448 CORREO ELECTRÓNICO: solprincesita22@gmail.com_____

¡ EPS: nueva eps .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 01___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 ___x 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 yemary

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: YEMARY OBREGON_____

NUMERO DE CONTACTO: 3213059614

SOLEY DURAN OTERO

_____

Nombres Apellidos y Firma