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: 1024465362 **FECHA DE NACIMIENTO:** 15/05/1986

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: SINDY YURANI VERANO CANTILLO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 19D 66 81 SUR

LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3219327768

CORREO ELECTRÓNICO: yuraniverano@gmail.com

EPS: SANITAS **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 SI 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? NIGUNA

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? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: JOSE GABRIEL MONROY

NUMERO DE CONTACTO: 3132954846

Yurani Verano Cantillo

Nombres Apellidos y Firma