| 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:** 1033795080 **FECHA DE NACIMIENTO:** 25/01/1997

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** Tilsia vaneza galindo sanchez

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** CL 70 BIS SUR 17 C 28

**LOCALIDAD:** CIUDAD BOLIVAR

**TELÉFONO FIJO:** _____ **N° CELULAR:** 3233939194

**CORREO ELECTRÓNICO:** VANESAGALINDO1974@GMAIL.COM

**EPS:** COMPENSAR **FONDO DE PENSIONES** COLFONDOS **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 __NOX__**
**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:** DIANA SANCHEZ

**NUMERO DE CONTACTO:** 3123918663

Vaneza Galindo

Tilsia vaneza galindo sanchez

**Nombres Apellidos y Firma**