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: 1065831939 **FECHA DE NACIMIENTO:** 22-02-1997

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: LAURA LUCIA VILLARREAL CHINCHILLA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CARRERA 69D #1-51 SUR TORRES DE SAN ISIDRO T4 APTO 930

LOCALIDAD: KENNEDY

TELÉFONO FIJO: NA **N° CELULAR:** 3157504546

CORREO ELECTRÓNICO: LAURAZONE229@HOTMAIL.COM

EPS: SANITAS **FONDO DE PENSIONES** COLPENSIONES **ARL** SURA

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**.** _____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. _____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO X ¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ____

OTRO ¿CUÁL? NA

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI X NO___

¿CUÁL ENTIDAD? E.S.E SOACHA

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: GLORIA CHINCHILLA

NUMERO DE CONTACTO: 3156555303

Laura Lucía Villarreal
C.C. 1065831939
MEDICO GENERAL
Unv.LIBRE (Seccional B/quilla)

Nombres Apellidos y Firma