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 V1**

NÚMERO DE CÉDULA **52.472.635** **FECHA DE NACIMIENTO** **23/07/1976**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS **Karoll Xiomara Fajardo Moreno**

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA **calle 26 sur # 78 h 29**

LOCALIDAD **Kennedy**

TELÉFONO FIJO **7959013** **N° CELULAR** **311 8942409**

CORREO ELECTRÓNICO **karollx.corazon@hotmail.com**

EPS **compensar** **FONDO DE PENSIONES** **porvenir** **ARL** _____

ESTACO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO___x___UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI ____x___NO _____

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI____NO__x__¿CUÁNTOS?_____¿DE QUE EDAD(ES)?_____

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI x__ NO _____ ¿CUÁNTOS? 1_____

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? _____