ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	**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: 1024598145 **FECHA DE NACIMIENTO:** 23 DE MAYO DE 1999

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Camila Alejandra Moreno Aguilera

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Carrera 78 c # 44 – 27

LOCALIDAD: Kennedy

TELÉFONO FIJO: ninguno **N° CELULAR:** 3209478386

CORREO ELECTRÓNICO: kamilaaalejandraa@hotmail.com

EPS: COMPENSAR **FONDO DE PENSIONES:** PORVENIR **ARL:** SURA

USTED FACTURA ELECTRÓNICAMENTE: 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._____**X**_____

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 SIMULTÁNEO CON OTRA ENTIDAD: SI_**X**_NO_____

¿CUÁL ENTIDAD?__**SUBRED SUR OCCIDENTE**_____

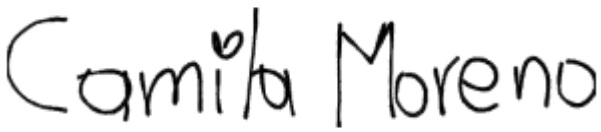
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI____NO_X_ SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE ÁREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE_____MADRE_____HERMANO(A)_____TÍO(A)____PRIMO(A) _____

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: CLAUDIA ANDREA AGUILERA PIÑEROS

NUMERO DE CONTACTO: 3142368469



Camila Alejandra Moreno