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: 1032457366 **FECHA DE NACIMIENTO:** 01/06/1993

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: María Clara Gallego Robayo

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: kr 22a 27a 14 sur

LOCALIDAD: Rafael Uribe Uribe

TELÉFONO FIJO: 2782099 **N° CELULAR:** 3167546776

CORREO ELECTRÓNICO: mgallegorob@gmail.com

EPS: Compensar **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 _____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? NA

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? NA

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? ____NA_____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Clara Robayo

NUMERO DE CONTACTO: 3202123972



Nombres Apellidos y Firma