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

NÚMERO DE CÉDULA 1020806467 **FECHA DE NACIMIENTO** 9 DE JULIO 1995

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS MARIA ALEJANDRA BASTIDAS CARTAGENA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CL 157 13B 20

LOCALIDAD USAQUEN

TELÉFONO FIJO NA **N° CELULAR** 3124582018

CORREO ELECTRÓNICO M_ALEJITA_07@HOTMAIL.COM

EPS COMPENSAR **FONDO DE PENSIONES** COLPENSIONES **ARL** SURA

ESTACO CIVIL: CASADO____ SOLTERO __X__ UNIÓN MARITAL DE HECHO____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI _____ NO X_____

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

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI_____ NO _X_____ ¿CUÁNTOS?_____

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__X__ No ____

¿CUÁL? CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E. SI __ No_X_

SI SU REPUESTA ES SI, ¿SABE EN QUE AREA TRABAJA? _____

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

OTRO, ¿CUÁL? _____

MARIA ALEJANDRA BASTIDAS CARTAGENA

Nombres Apellidos y Firma