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: **1013648656** **FECHA DE NACIMIENTO:** **4 de abril de 1994**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: **Lina María Alba Romero**

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: **Calle 10 A Sur 10 A 11**

LOCALIDAD: **Antonio Nariño**

TELÉFONO FIJO: **6016007948** **N° CELULAR:** **3118508514**

CORREO ELECTRÓNICO: **linam.romero@gmail.com**

EPS: **Sanitas** **FONDO DE PENSIONES** **Protección** **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? _____

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? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE___ MADRE___ HERMANO(A)___ TIO(A)___ PRIMO(A) ___

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: **Fernando Marín Quiroga**

NUMERO DE CONTACTO: **3124697249**

Lina M. Alba R.

Nombres Apellidos y Firma