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: 1007856252 FECHA DE NACIMIENTO: 19/02/2001

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Karen Julieth Rodriguez Peña

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Car 78ª bis #63 a sur 13

LOCALIDAD: Bosa

TELÉFONO FIJO: 3227861822 N° CELULAR: 3227861822

CORREO ELECTRÓNICO: Karen.rp0219@gmail.com

EPS: famisanar FONDO DE PENSIONES: Protección ARL: Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_X_NO _____

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 _____NOX_____¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___AFRODESCENDIENTE _____
OTRO ¿CUÁL? N I N G U N A _____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO 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 AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

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

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Barbara Peña Gamboa_____

NUMERO DE CONTACTO: 3108517905 _____



Karen Julieth Rodriguez Peña

Nombres Apellidos y Firma