 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Sistema Integrado de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	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 ☒ CE ☐ PPT ☐

NÚMERO DE DOCUMENTO: 53007094 FECHA DE NACIMIENTO: 22 Enero 1983

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: DIANA PAOLA ROBAYO GONZALEZ

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 75 B SUR 33 20

LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR

TELÉFONO FIJO: 601 3089066 CELULAR: 3202236688

CORREO ELECTRÓNICO: diapaorgsubredsur@gmail.com EPS: Salud Total

FONDO DE PENSIONES: COLFONDOS ARL SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ☐ NO ☒

ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☐ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☒

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ☐ NO ☒

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE: 2 NA. ☐

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE: ☐ NA. ☒

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ ¿CUÁL?

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ☐ AFRODESCENDIENTE ☐
 OTRO ¿CUÁL? NINGUNA

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ☒ NO ☐

¿CUÁL ENTIDAD? ESE MINICIPAL DE SOACHA

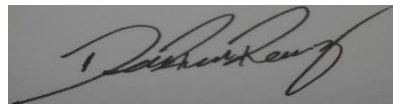
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ☐ NO ☒
 SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA?

SU FAMILIAR ES: PADRE ☐ MADRE ☐ HERMANO (A) ☐ TIO(A) ☐ PRIMO(A) ☐

OTRO, ¿CUÁL? NINGUNA

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: RUBEN DARIO VELEZ RAMIREZ

NUMERO DE CONTACTO: 3202236688



Diana Paola Robayo Gonzalez

Nombres Apellidos y Firma