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: 1001046163 FECHA DE NACIMIENTO: 20/10/2001

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: MARIA ALEJANDRA BRIÑEZ CAICEDO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CARRERA 14 # 31D- 48 SUR

LOCALIDAD: SOACHA, CUNDINARMARCA

TELÉFONO FIJO: N/A

N° CELULAR: 3118575157

CORREO ELECTRONICO: marialejabri@gmail.com EPS: FAMINSAR **FONDO DE PENSIONES:** PORVENIR **ARL:** COLMENA **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? _____

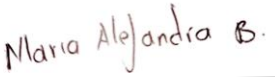
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO: X
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

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

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: MARIA NINSA CAICEDO RIVERA

NUMERO DE CONTACTO: 3142886898



Nombres Apellidos y Firma