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 ENSU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC X CE_____

NÚMERO DE DOCUMENTO 39.806.183 FECHA DE NACIMIENTO 12 de diciembre de 1981

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: JENNY PAOLA GARAY BOBADILLA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CRA 77J BIS No 65j 08 sur

LOCALIDAD: BOSA

TELÉFONO FIJO: NA No CELULAR 310 532 29 53 CORREO ELECTRÓNICO: pao3376@hotmail.com

EPS: FAMISANAR FONDO DE PENSIONES: PORVENIR ARL: SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X

ESTACO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO: **X**

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI: **X** NO _____

TIENE HIJOS MENORES DE 12 A ÑOS SI____NO X ¿Cuántos? NA ¿De qué edades? NA

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI NA__NO X ¿Cuántos? NA

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD SI_____NO: **X**_____¿CUÁL? **NA**

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA INDÍGENA **NA** AFRODESCENDIENTE **NA**

OTRO ¿CUÁL? **NA**

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, ¿SABE EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? NA

_____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A)___TIO(A)___PRIMO(A)___

OTRO, ¿CUÁL? NA

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A: DAYSI ANDREA GARAY BOBADILLA

NUMERO DE CONTACTO: 311 829 61 41



JENNY PAOLA GARAY BOBADILLA _____ **FIRMA**