ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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: 53073711 **FECHA DE NACIMIENTO:** 30/octubre/84
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Constanza Garavito Angel
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: cl 33 #20-12 este Soacha - San mateo
LOCALIDAD: Soacha | cundinamarca
TELÉFONO FIJO: 9006941 **N° CELULAR:** 3138698283
CORREO ELECTRÓNICO: Pscanstanza Garavito@gmail.com
EPS: Sanitas **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **ARL** Sura
USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X
ESTADO CIVIL: CASADO X SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO_____
MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO _____
CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE X1 NA. _____
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? ninguno
USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI X NO___
¿CUÁL ENTIDAD? Universidad Distrital
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? N/A
SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __
OTRO, ¿CUÁL? N/A
EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Jeyson Herrera
NUMERO DE CONTACTO: 3214539038

Nombres Apellidos y Firma