ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS | **CO-OPS-FT-28 V1**

NÚMERO DE CÉDULA 52707184 **FECHA DE NACIMIENTO** 07-Ene-1980

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Lina Maria Cruz Ramirez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Calle 66A No 98-49

LOCALIDAD Engativa

TELÉFONO FIJO 8031479 **N° CELULAR** 3017989855

CORREO ELECTRÓNICO linacruzbact@hotmail.com

EPS Salud total **FONDO DE PENSIONES** Proteccion **ARL** Sura

ESTACO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO ____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI ____ NO X

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI ____ NO X ¿CUÁNTOS? ____ ¿DE QUE EDAD(ES)? ____

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI ____ NO X ¿CUÁNTOS? ____

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? ____