ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V2

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

NÚMERO DE CÉDULA 1.023.035.791 **FECHA DE NACIMIENTO** 23-05-1999

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Maria Del Rosario Farfan Pachon

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Calle 84B Sur #0 este 45

LOCALIDAD Usme

TELÉFONO FIJO _____ **N° CELULAR** 3118031056

CORREO ELECTRÓNICO pachonrosario27@gmail.com

EPS Capital Salud **FONDO DE PENSIONES** porvenir **ARL** Sura

ESTACO CIVIL: CASADO____ SOLTERO__X__ **UNIÓN MARITAL DE HECHO**_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI __X__ NO _____

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI__X__ NO____ ¿CUÁNTOS?__1__ ¿DE QUE EDAD(ES)?4 años

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? _____

Maria Del Rosario Farfan

Nombres Apellidos y Firma

2021-08-11

Scanned by TapScanner