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: 33067066 **FECHA DE NACIMIENTO:** 30/04/1977 **NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** NISMA LYLA MORA TORRES **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 58 M SUR #79 B -39 LOCALIDAD:** BOSA **TELÉFONO FIJO: N° CELULAR: 300 520 4593 CORREO ELECTRÓNICO: NISMALYLAMORATORRES@GMAIL.COM EPS: COMPENSAR FONDO DE PENSIONES: PROTECCIÓN ARL: SURA USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE:**SI _____NO : X

ESTADO CIVIL: CASADO X SOLTERO_____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 ____NOX

¿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: JOHN FREDY PINEDA CARRILLO

NUMERO DE CONTACTO: 300 310 1191



NISMA LYLA MORA TORRES
Nombres Apellidos y Firma