

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SALUD</small> Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.</b>	
	<b>INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS</b>	<b>CO-OPS-FT-28 V4</b>

**DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD**

TIPO DE DOCUMENTO CC X CE \_\_\_\_\_ PPT \_\_\_\_\_

NÚMERO DE DOCUMENTO: 52517201 FECHA DE NACIMIENTO: 02 de diciembre de 1980

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 58 A SUR # 66-39 APARTAMENTO 303 BLOQUE 03

LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR

TELÉFONO FIJO: 6019312176 N° CELULAR: 3155573038

CORREO ELECTRÓNICO: johannamayoralc0@gmail.com

EPS: COMPENSAR FONDO DE PENSIONES COLPENSIONES 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? 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, ¿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: CESAR YEDALLAH GONZALEZ

NUMERO DE CONTACTO: 3105815584

*Johanna Mayoral*

Nombres Apellidos y Firma