| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | 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:** 1083884559 **FECHA DE NACIMIENTO:** 11-05-1989

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** Maria Erica Tique Santa

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** CR 86 A 38 d - 69

**LOCALIDAD:** Kennedy

**TELÉFONO FIJO:** _____ **Nº CELULAR:** 3177747978

**CORREO ELECTRÓNICO:** mariaericatiquesanta@gmail.com

**EPS:** Salud total **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **ARL** Sura

**USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE:** SI_____NO X

**ESTADO CIVIL:** CASADO_____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

**MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA:** SI X NO _____

**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? N/A

**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?** N/A

**EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A:** Nelcy Santa Otavo

**NUMERO DE CONTACTO:** 3136879561

María Erica Tique Santa

**Nombres Apellidos y Firma**



2023-11-15

Powered by CamScanner