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: 52'387. 716 FECHA DE NACIMIENTO: 14 DE AGOSTO DE 1977

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: ADRIANA MARIA MARTINEZ PALACIOS

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 181 17B 86 APTO 409

LOCALIDAD: USAQUÉN

TELÉFONO FIJO: NO APLICA N° CELULAR: 300 5690898

CORREO ELECTRÓNICO: admartinez_2006@yahoo.es

EPS: SANITAS FONDO DE PENSIONES COLPENSIONES ARL POSITIVA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO__**X**____

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO _____**X**_____

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? N I N G U N A

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI _____NO __**X**__

¿CUÁL ENTIDAD? _____

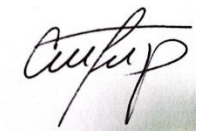
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO X_
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) ___

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: JAVIER ALEXANDER CASTELBLANCO VALERO

NUMERO DE CONTACTO: 300 3618108



ADRIANA MARIA MARTINEZ PALACIOS
Nombres Apellidos y Firma