| 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:** 1030553931 **FECHA DE NACIMIENTO:** 14/02/1989

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** Mary Luz Murcia Cortés

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** Kr 80B # 47-09 Sur

**LOCALIDAD:** Kennedy

**TELÉFONO FIJO:** _____ **N° CELULAR:** 3208183167

**CORREO ELECTRÓNICO:** mari1429@hotmail.com

**EPS:** Famisanar **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **ARL** Sura

**USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE:** SI ___ NO X

**ESTADO CIVIL:** CASADO ___ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO ___

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

**CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE** ___ NA. ___

**CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE** ___ NA. ___

**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 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:** Judy Murcia

**NUMERO DE CONTACTO:** 3144511803

Mary Luz Murcia
**Nombres Apellidos y Firma**



2023-11-15

Powered by CamScanner