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: 39.787.420 **FECHA DE NACIMIENTO:** 16/09/1968

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Marlene Hoyos Mosquera

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 6B Este 89-59 sur

LOCALIDAD: Usme

TELÉFONO FIJO: 3228336557 **N° CELULAR:** 3228336557

CORREO ELECTRÓNICO: marlenehoyosmosquera@gmail.com

EPS: Nueva EPS **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO _____

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____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. ___X_____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO___X____¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ___X___
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: Marlin Yulieth Nagles Hoyos

NUMERO DE CONTACTO: 3105712773

Marlene Hoyos M.

Nombres Apellidos y Firma