ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V1

NÚMERO DE CÉDULA 51847739 **FECHA DE NACIMIENTO** 04-Feb-1965

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Ana Isabel Acosta Arevalo

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Cl 57C Sur 77K 70 Kennedy Roma

LOCALIDAD Kenedy

TELÉFONO FIJO _____ **N° CELULAR** 3213120609

CORREO ELECTRÓNICO Bellicas65@Hotmail.com

EPS Compensar **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **ARL** Sura

ESTACO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO ____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI ____ NO ____

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI ___ NO X ¿CUÁNTOS? ___ ¿DE QUE EDAD(ES)? ____

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI ___ NO ____ ¿CUÁNTOS? ____

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? ____