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: ____52728559____FECHA DE NACIMIENTO: ____17 DE ABRIL DE 1981__ NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: __HEIDY GIOVANNA HURTADO CASTELLANOS_

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____

LOCALIDAD: _____CUARTA SAN CRISTOBAL_____

TELÉFONO FIJO: _____N° CELULAR:_____3213912929____

CORREO ELECTRÓNICO: _____hurtadoheidy090@gmail.com_____

EPS: FAMISANAR _____FONDO DE PENSIONES COLFONDOS 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? _____

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: DUVAN FELIPE FORERO

NUMERO DE CONTACTO: 3057686388_____



HEIDY GIVANNA HURTADO CASTELLANOS

Nombres Apellidos y Firma