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 ___ CE X PPT ___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1022951111 **FECHA DE NACIMIENTO:** 18/05/1989

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Francy Yulieth Pita Castaneda

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cl 68 C Sur #10-56

LOCALIDAD: Usme

TELÉFONO FIJO: _____ **Nº CELULAR:** 3057406568

CORREO ELECTRÓNICO: juliethPita1903@gmail.com

EPS: Famisanar **FONDO DE PENSIONES** Protección **ARL** Positiva

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 2 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 ___

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: Yurledisson Moreno

NUMERO DE CONTACTO: 3104248886

Francy Yulieth Pita

Nombres Apellidos y Firma