ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA 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: 51815969 FECHA DE NACIMIENTO: 17-NOV-1961

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Astrid del Pilar Suarez Cuevas

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cr 69 D 24-15 Interior 37 Apt 101

LOCALIDAD: Fontibon

TELÉFONO FIJO: 2951700 N° CELULAR: 3212036548

CORREO ELECTRÓNICO: pilarastrid@gmail.com

EPS: Sanitas FONDO DE PENSIONES Proteccion ARL Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO _____

ESTADO CIVIL: CASADO X SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI _____NO X

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: Fredy Orlando Quijano Hurtado

NUMERO DE CONTACTO: 3144429328

Astrid del Pilar Suarez Cuevas

Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15

Escaneado con CamScanner