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 X **CE** ____ **PPT**___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 53011049 **FECHA DE NACIMIENTO:** 04-03-1984

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Angelica Astrid Gonzalez Alfonso

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 65 Sur # D 70 Torre 1 Apto 503

LOCALIDAD: Usme

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3115416573

CORREO ELECTRÓNICO: angelicaastridg@gmail.com

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

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO X

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI _____NO X

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 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? N/A

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: Oscar Javier Hanjarres Silva

NUMERO DE CONTACTO: 3209403046

Angelica Astrid Gonzalez Alfonso

Nombres Apellidos y Firma