ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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: 52.272.579 **FECHA DE NACIMIENTO:** 03-08-1976

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Heidy Pilar Alvarez Beltrán

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 72 BIS 25 B 50 Int 6 APT 408

LOCALIDAD: Fontibón

TELÉFONO FIJO: 7642634 **N° CELULAR:** 3148074843

CORREO ELECTRÓNICO: pilialnurse@yahoo.com.ar

EPS: Compensar **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **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? 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: Daniel Alfonso

NUMERO DE CONTACTO: 3148081153

Heidy Pilar Alvarez Beltrán

Nombres Apellidos y Firma

Scanned with CamScanner