	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: 1065612683 FECHA DE NACIMIENTO: 01/11/1989

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Mileida Margarita Acosta Salas

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Dg 47 Sur 52A 09

LOCALIDAD: Tunjuelito

TELÉFONO FIJO: N A N° CELULAR: 3006506152

CORREO ELECTRÓNICO: milcacosta01@gmail.com

EPS: Salud Total 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 Y

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? 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? NA

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? NA

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Yader Mancilla

NUMERO DE CONTACTO: 3015558858

Mileida Margarita Acosta Salas - Mileida Acosta Salas

Nombres Apellidos y Firma