| 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:** 1027210247 **FECHA DE NACIMIENTO:** 16-10-2004

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** Katerin Yolieth Hernandez campo

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** Cr 19 C # 64-74 Sur

**LOCALIDAD:** Ciudad Bolivar

**TELÉFONO FIJO:** N/A **N° CELULAR:** 3244390089

**CORREO ELECTRÓNICO:** YoliethHernadez0716@6mail.com

**EPS:** Capital Salud la nueva **FONDO DE PENSIONES** N/A **ARL** N/A

**USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE:** SI_____NO X

**ESTADO CIVIL:** CASADO_____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

**MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA:** SI _____NO X

**CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE** _____ NA. _____

**CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE** _____ NA. _____

**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** X **MADRE** X **HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __**

**OTRO, ¿CUÁL?** _____

**EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A:** 3214538731

**NUMERO DE CONTACTO:** 3244390089

Katerin Hernandez
**Nombres Apellidos y Firma**