

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	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 ☒ CE _____ PPT _____

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1001199056 FECHA DE NACIMIENTO: 23/02/2000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Sindy Marvel Alvarado Fuentes

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CLL 88 A SUR # 9 – 77 ESTE LOCALIDAD: USME

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 3125366866

CORREO ELECTRÓNICO: sindysubredsur@gmail.com

EPS: Salud Total _____ FONDO DE PENSIONES : Porvenir ARL : SURA _____

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ☒ NO _____

ESTADO CIVIL: CASADO _____ SOLTERO ☒ UNIÓN MARITAL DE HECHO _____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI _____ NO ☒

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE _____ NA. ☒

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. ☒

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____ NO ☒ ¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA _____ AFRODESCENDIENTE _____

OTRO ¿CUÁL? _____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI _____ NO ☒

¿CUÁL ENTIDAD? _____

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI _____ NO ☒

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: Zulay Alvarado

NUMERO DE CONTACTO: 3107662229



Sindy Marvel Alvarado Fuentes

Nombres Apellidos y Firma