| | | |
|---|---|---|
| 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 X CE _____PPT_____**
**NÚMERO DE DOCUMENTO: 1069054054 FECHA DE NACIMIENTO: 03 DE MAYO 1994**

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: LAURA ALEJANDRA ALVAREZ BARRAGAN**

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: TV 33# 59B 47 SUR**

**LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR**

**TELÉFONO FIJO: _____N° CELULAR: 3203302331**

**CORREO ELECTRÓNICO: LAUALVAREZ2025@GMAIL.COM**

**EPS: SALUD TOTAL 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 _____NO X

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

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

**USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD:** SI _____NOX ¿CUÁL? _____

**PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA:** INDÍGENA ___AFRODESCENDIENTE _____
OTRO ¿CUÁL? NA _____

**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 _NOX**
**SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____**

**SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) T I O (A) P R I M O (A) ____**

**OTRO, ¿CUÁL? _____**

**EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: CAMILO HERNANDEZ**

**NUMERO DE CONTACTO: 3125728879**

Laura Alvarez

_____

**LAURA ALEJANDRA ALVAREZ BARRAGAN**

**Nombres Apellidos y Firma**