ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA 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: 1010203909 **FECHA DE NACIMIENTO:** 13-09-1992

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Ivonne Aleyda Algara Arguello

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cl 46 #309 este

LOCALIDAD: Soacha

TELÉFONO FIJO: N/A **N° CELULAR:** 3243445320.

CORREO ELECTRÓNICO: Ivonnealey@gmail.com

EPS: Salud Total **FONDO DE PENSIONES** Proteccion **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. _____

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? N/A

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ___ NO X

¿CUÁL ENTIDAD? N/A

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? N/A

SU FAMILIAR ES: PADRE___ **MADRE**___ **HERMANO(A)** __ **TIO(A)** __ **PRIMO(A)** __

OTRO, ¿CUÁL? N/A.

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Carmen Arguello

NUMERO DE CONTACTO: 3243445320

Ivonne Algara

Nombres Apellidos y Firma