



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALA III
C. Unit. Integrada de Servicios
de Salud S.U.S. C.S.C.

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: [REDACTED] FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Cindy Lorena Castro Castillo

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: [REDACTED]

LOCALIDAD: Rafael Uribe Uribe.

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 311 2272114

CORREO ELECTRÓNICO: Cindy290789@hotmail.com

EPS: Compensar FONDO DE PENSIONES Protección 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 1 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 RESPUESTA 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: [REDACTED]

NÚMERO DE CONTACTO: [REDACTED]

Cindy Lorena Castro Castillo

Nombres Apellidos y Firma

