



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: 1033759013 FECHA DE NACIMIENTO: 22/01/1993

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Lina Maria James Lindero

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CR 19 D Bis N 70 H 36 SUR

LOCALIDAD: Ciudad Bolívar

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 3046663713

CORREO ELECTRÓNICO: lajameslina394@gmail.com

EPS: Salud total FONDO DE PENSIONES Porvenir ARL SURV

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 3 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? NYA

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: Diego Ballesteros

NÚMERO DE CONTACTO: 3118143895

Nombres Apellidos y Firma