



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALA 103
Oficina de Planeación y Desarrollo
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: 100209765 FECHA DE NACIMIENTO: 22/07/1993

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Sandy Zula Marín Díaz

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Tu 70c 68 Sur 33

LOCALIDAD: Ciudad Bolívar

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 302243773

CORREO ELECTRÓNICO: Zuladiaz705@gmail.com

EPS: FAMISANAR FONDO DE PENSIONES Colpensiones ARL Sora

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 2 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? N/A

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

¿CUÁL ENTIDAD? Subred centro oriente

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

SI SU RESPUESTA ES SI, ¿EN QUE ÁREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE ☐ MADRE ☐ HERMANO(A) ☐ TIO(A) ☐ PRIMO(A) ☐

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Kevin Jovino

NÚMERO DE CONTACTO: 3045584863

Zula Marín Díaz

Nombres Apellidos y Firma