

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>S. Unid Integrada de Servicios de Bogotá Sur E.S.E.</small>	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: 1013689832 FECHA DE NACIMIENTO: 25 JULIO 1999
 NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: PAULA DANIELA RODRIGUEZ CASTAÑEDA
 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: DG 62 SUR 20 A 42
 LOCALIDAD: CIUDAD BOLIVAR
 TELÉFONO FIJO: NA N° CELULAR: 3153766383
 CORREO ELECTRÓNICO: PAULADANIELAR99@GMAIL.COM
 EPS: SANITAS FONDO DE PENSIONES PORVENIR 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 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? ☐
 USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ☐ NO ☒
 SI SU REPUESTA 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: DORA YARLEY CASTAÑEDA
 NUMERO DE CONTACTO: 3212044516

Paula Daniela Rodriguez

Nombres Apellidos y Firma

Nombres Apellidos y Firma