

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA 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: 52.010.695 FECHA DE NACIMIENTO: 28-08-1969
 NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Olga Lucía Suarez Castañeda
 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 63 #16B 12
 LOCALIDAD: Ciudad Bolívar
 TELÉFONO FIJO: — N° CELULAR: 3123376942
 CORREO ELECTRÓNICO: olgasol3131@gmail.com
 EPS: Compensar FONDO DE PENSIONES Colpensiones 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? ☐
 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 ÁREA O DEPENDENCIA TRABAJA? ☐
 SU FAMILIAR ES: PADRE ☐ MADRE ☐ HERMANO(A) ☐ TIO(A) ☐ PRIMO(A) ☐
 OTRO, ¿CUÁL? ☐
 EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Nirka Dayana Sánchez
 NÚMERO DE CONTACTO: 3103214936

Olga Lucía Suarez Castañeda
 Nombres Apellidos y Firma