



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
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 ☐
Número de documento: 80.215.580 Fecha de nacimiento: 07 DE MAYO DE 1984
Nombres y apellidos completos: EDWIN ARIZA VASQUEZ
Dirección de residencia: CALLE 71 # 17 C - 12 SUR
Localidad: CIUDAD BOLIVAR
Teléfono fijo: ☒ N° celular: 300 6412337 Correo electrónico: edwinarizavasquez2015@gmail.com
e.p.s.: FAMISANAR Fondo de pensiones: PORVENIR ARL: SURA
Usted factura electrónicamente: Si ☐ No ☒
Estado civil: Casado ☐ Soltero ☒ Unión marital de hecho ☐
Madre/Padre cabeza de familia: Si ☐ No ☒
Tiene hijos menores de 12 años Si ☐ No ☒ ¿Cuántos? ¿De qué edad(es)?
Tiene hijos con discapacidad: Si ☐ No ☒ ¿Cuántos?
Usted presenta alguna discapacidad: Si ☐ No ☒ ¿Cuál?
Pertenece usted a alguna comunidad étnica: Indígena Afrodescendiente
Otro ¿Cuál?
Usted actualmente tiene un contrato simultáneo 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 qué área o dependencia trabaja?

Su familiar es: Padre ☐ Madre ☐ Hermano(a) ☐ Tío(a) ☐ Primo(a) ☐
Otro, ¿Cuál?
En caso de emergencia contactar a: DAYANA MALAVER
Número de contacto: 322 3975763

EDWIN ARIZA VASQUEZ

Nombres y apellidos completos

Firma



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

