| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS | CO-OPS-FT-28 V1 |

**NÚMERO DE CÉDULA** 1012420949 **FECHA DE NACIMIENTO** 21.04.1995

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS** Jeison Ovan Fonseca Martinez

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA** Calle 59 A 23d 36

**LOCALIDAD** Candelaria

**TELÉFONO FIJO** 7842197 **Nº CELULAR** 3114863973

**CORREO ELECTRÓNICO** Jeisonm561@gmail.com

**EPS** Salud Total **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **ARL** Sura.

**ESTACO CIVIL:** CASADO ____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO ____

**MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA** SI X NO ____

**TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS** SI X NO ____ ¿CUÁNTOS? 1 ¿DE QUE EDAD(ES)? 7

**TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD** SI ____ NO X ¿CUÁNTOS? ____

**USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD** SI ____ NO X ¿CUÁL? ____

**PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA** INDÍGENA ____ AFRODESCENDIENTE ____

OTRO ¿CUÁL? Ninguno

**USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD** SI ____ No X

¿CUÁL? ____