ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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 X **CE** ___ **PPT** ___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1013603676 **FECHA DE NACIMIENTO:** 12 - Abril - 1989.

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Cristian Ferney Beltran Arevalo

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Diagonal 49 A bis A Sur # 19 J - 91

LOCALIDAD: Tunjuelito

TELÉFONO FIJO: 2061365 **N° CELULAR:** 3204306347

CORREO ELECTRÓNICO: cristianbeltran@gmail.com.

EPS: Famisanar. **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ___ NO X

ESTADO CIVIL: CASADO ___ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO ___

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ___ NO X

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE ___ NA. ___

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE ___ NA. ___

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ___ NO X ¿CUÁL? ___

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ___

OTRO ¿CUÁL? ___

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI X NO ___

¿CUÁL ENTIDAD? Subred Sur Occidente.

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ___ **NO** X

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: Rosalba Arevalo Sadre.

NUMERO DE CONTACTO: 3222387448

Nombres Apellidos y Firma

Cristian Ferney Beltran Arevalo

1013603676

2023-11-15