ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: 1233693034 **FECHA DE NACIMIENTO:** 20/01/1999

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Miguel Angel Melo Ortiz

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 70 #42-75 Int 11 Apt 403

LOCALIDAD: Fontibon

TELÉFONO FIJO: 7774556 **N° CELULAR:** 3222454137

CORREO ELECTRÓNICO: Miguel99psicologo@gmail.com

EPS: Sanitas **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. X

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE ___ NA. X

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

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ___

OTRO ¿CUÁL? Ninguna

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

¿CUÁL ENTIDAD? ___

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: Carlos Antonio Melo

NUMERO DE CONTACTO: 3112471409

Nombres Apellidos y Firma

Miguel Angel Melo Ortiz

2023-11-15

Powered by CamScanner