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: 1022981460 FECHA DE NACIMIENTO: 27/10/1992

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Hanner Ramirez Pavela

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Km 8 via Vgme - Semapaz

LOCALIDAD: 05 - Usme

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 3194901725

CORREO ELECTRÓNICO: hramirezpavela@gmail.com

EPS: Compensar FONDO DE PENSIONES Proteccion 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. X

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. X

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 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 Alfonso Ramirez Vanegas

NUMERO DE CONTACTO: 311 222 12 44

Hanner Ramirez Pavela

Nombres Apellidos y Firma