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: 79970811 **FECHA DE NACIMIENTO:** 28-06-1980

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Oscar Ruben yate Machuca

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: kr 18 I Bis #67A 27 SUR

LOCALIDAD: Ciudad Bolivar

TELÉFONO FIJO: 7-903859 **N° CELULAR:** 3138071409

CORREO ELECTRÓNICO: rubengood15@gmail.com

EPS: Famisanar **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **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. N/A

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? N/A

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: Marcos yate

NUMERO DE CONTACTO: 3118828789

Oscar yate

Nombres Apellidos y Firma