ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**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:1010206200 FECHA DE NACIMIENTO: 25/09/1991

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: BRAYHAN JULIAN ARDILA MONTERO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 99 A 72 43 SUR

LOCALIDAD:BOSA

TELÉFONO FIJO:2301565 N° CELULAR: 3125245733

CORREO ELECTRÓNICO: BRAYHANARDIA12@GMAIL.COM

EPS:SURA FONDO DE PENSIONES PROTECCION ARLSURA

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__0__NA.

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE 0____NA. 0

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? NINGUNA

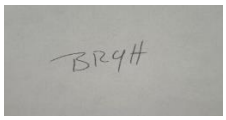
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI__NO X
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A)___TIO(A)___PRIMO(A) ___

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: PAOLA AGUDELO

NUMERO DE CONTACTO: 313 5728521



Nombres Apellidos y Firma