| | | |
|---|---|---|
| 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 V2** |

## DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

**NÚMERO DE CÉDULA** 19452516 **FECHA DE NACIMIENTO** 09/Oct/61

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS** Augusto Abelardo Angarita Arevalo

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA** Calle 44 F #51-29

**LOCALIDAD** Teusaquillo

**TELÉFONO FIJO** _____ **N° CELULAR** 3162674418

**CORREO ELECTRÓNICO** augustoa999@gmail.com

**EPS** Sanitas **FONDO DE PENSIONES** Protección **ARL** Positiva

**ESTACO CIVIL:** CASADO X SOLTERO ___ UNIÓN MARITAL DE HECHO _____

**MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA** SI X NO _____

**TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS** SI ___ NO X ¿CUÁNTOS? _____ ¿DE QUE EDAD(ES)? _____

**TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD** SI ___ NO X ¿CUÁNTOS? _____

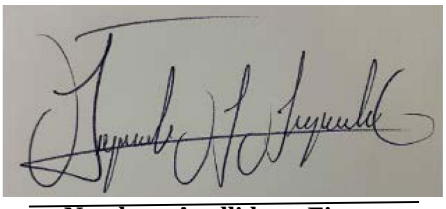
**USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD** SI ___ NO X ¿CUÁL? _____

**PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA** INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE _____

OTRO ¿CUÁL? _____

**USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD** SI ___ No X

¿CUÁL? _____



**Nombres Apellidos y Firma**