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:____79607566____FECHA DE NACIMIENTO: _____07/02/1973_____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: OSCAR ORLANDO MARTINEZ PEÑA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 18 SUR 7 63 ESTE

LOCALIDAD:_____SAN CRISTOBAL_____

TELÉFONO FIJO:_____N° CELULAR: 3107759751_____

CORREO ELECTRÓNICO: oscarjema2@hotmail.com

EPS:_FAMISANAR_____FONDO DE PENSIONES _COLPENSIONES_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_____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? _____

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: JULIAN ESTEBAN MARTINEZ AVELLO ___

NUMERO DE CONTACTO: 3213265489_____

_____
Nombres Apellidos y Firma