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: 1024522905 **FECHA DE NACIMIENTO:** 23/10/1991

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Jeisson Currea Jimenez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 38 10A 206 TO 14 AP 4051

LOCALIDAD: CIUDAD VERDE - SOACHA

TELÉFONO FIJO:_____ **N° CELULAR:** 3017389220

CORREO ELECTRÓNICO: Jeicurrea91@gmail.com

EPS: Nueva EPS **FONDO DE PENSIONES** Protección **ARL** Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI____ NO X

ESTADO CIVIL: CASADO____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X 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 X ¿CUÁL? ____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA____ AFRODESCENDIENTE____

OTRO ¿CUÁL? N/A

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI X NO___

¿CUÁL ENTIDAD? SUBRED SUR OCCIDENTE

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI X **NO**___

SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? Equipos Basicos Extramurales

SU FAMILIAR ES: PADRE___ **MADRE**___ **HERMANO(A)** X **TIO(A)**___ **PRIMO(A)** ___

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Leidy Johanna Gutierrez

NUMERO DE CONTACTO: 3118999516



Jeisson Currea Jimenez

Nombres Apellidos y Firma