| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | **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:** 1022377593 **FECHA DE NACIMIENTO:** 31/08/1992

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** MIGUEL CAMILO GUTIÉRREZ RUIZ

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** KR 13 ESTE 43 A 43 SUR

**LOCALIDAD:** SAN CRISTÓBAL

**TELÉFONO FIJO:** 0000000000 **N° CELULAR:** 3192384104

**CORREO ELECTRÓNICO:** camilogutierrez593@hotmail.com

**EPS:** COMPENSAR EPS **FONDO DE PENSIONES** COLPENSIONES **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. 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? NINGUNA

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

¿CUÁL ENTIDAD? NINGUNA

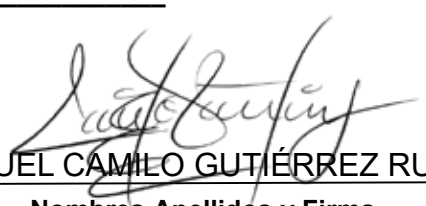
**USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO** X
**SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA?** N/A

**SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __**

**OTRO, ¿CUÁL?** N/A

**EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A:** MAGDALENA RUIZ RAMÍREZ

**NUMERO DE CONTACTO:** 3123095156



MIGUEL CAMILO GUTIÉRREZ RUIZ
**Nombres Apellidos y Firma**