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: 1024480246 **FECHA DE NACIMIENTO:** 16/02/1988

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Hector Andres León Tarapuez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 61 sur # 66a27

LOCALIDAD: Ciudad Bolivar

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

CORREO ELECTRÓNICO: 3238321104

EPS: Sanitas **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **ARL** Bolivar

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 X___
OTRO ¿CUÁL? _____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ____NO___

¿CUÁL ENTIDAD? _____

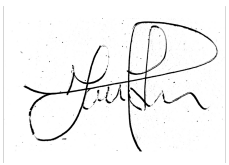
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __**NO** X
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

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

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Paula Montengro

NUMERO DE CONTACTO: 3156225398



Nombres Apellidos y Firma

Hector Andres León