ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.	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: 79604780 **FECHA DE NACIMIENTO:** 06 05 1972

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Alexander Castellanos Castellanos

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 81 115 25 Interior 1 Apto 401

LOCALIDAD: 10 Engativa

TELÉFONO FIJO: 6013863118 **Nº CELULAR:** 3125796284

CORREO ELECTRÓNICO: accastellanos2750@gmail.com

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

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X

ESTADO CIVIL: CASADO X SOLTERO_____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? ___

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: Lida Emilse Peña Cuadrado

NUMERO DE CONTACTO: 3165219304

Alexander Castellanos Castellanos

Nombres Apellidos y Firma