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: 79691403 FECHA DE NACIMIENTO: 27-10-1974

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Gustavo Andrés Castillo Flórez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 53 43 39 SUR P 1

LOCALIDAD: Puente Aranda

TELÉFONO FIJO: NA No CELULAR: 3134046205

CORREO ELECTRÓNICO: gacf1974@gmail.com

EPS: SANITAS FONDO **DE PENSIONES: PORVENIR 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? NA

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA AFRODESCENDIENTE
OTRO ___ ¿CUÁL? NA

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI NO X

¿CUÁL ENTIDAD? NA

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? NA

SU FAMILIAR ES: PADRE MADRE HERMANO(A) TIO(A) PRIMO(A)

OTRO, ¿CUÁL? NA

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Teresa Flórez

NUMERO DE CONTACTO: 3167452209

Gustavo Andrés Castillo Flórez