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: 1000773727 **FECHA DE NACIMIENTO:** 13/09/2000

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Daniel Sebastián Arias Estupiñan

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Kr 9f este 21 22 sur

LOCALIDAD: San Cristobal

TELÉFONO FIJO: 2082139 **N° CELULAR:** 3228520329

CORREO ELECTRÓNICO: dsariase@gmail.com

EPS: Famisanar **FONDO DE PENSIONES** Protección SA **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. _____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO x ¿CUÁL? _____

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

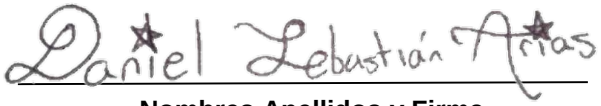
SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? NA

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Esperanza Estupiñan

NUMERO DE CONTACTO: 3226571844

Daniel Sebastián Arias Estupiñan



Nombres Apellidos y Firma