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: 1023035946 FECHA DE NACIMIENTO: 07 DE MAYO DE 1999

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: CRISTIAN ARMANDO TORRES BENAVIDES

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 14 BIS A # 72 38 SUR

LOCALIDAD: QUINTA DE USME

TELÉFONO FIJO: N/A **N° CELULAR:** 3143137699

CORREO ELECTRÓNICO: CATORRES3059@GMAIL.COM

EPS: FAMISANAR **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? _____

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? _____

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: GABRIELA ALEJANDRA MARTÍNEZ

NUMERO DE CONTACTO: 3228007170



CRISTIAN ARMANDO TORRES BENAVIDES

Nombres Apellidos y Firma