ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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: 76316554 **FECHA DE NACIMIENTO:** 22-09-1972
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Abner Alfredo Anacona Dime
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 70A 57B 74 AP 401
LOCALIDAD: BARRIOS UNIDOS
TELÉFONO FIJO: 9318244 **N° CELULAR:** 3107700534
CORREO ELECTRÓNICO: 999anacona0@gmail.com
EPS: famisanar **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 _____NO X
CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 **NA.** _____
CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE 0 **NA.** _____
USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO X ¿CUÁL? _____
PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA X 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: Mila Arnovia Anacona Dime
NUMERO DE CONTACTO: 3118891016

Abner Alfredo Anacona Dime
Nombres Apellidos y Firma

2023-11-15