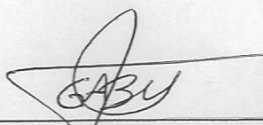
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Secretaría de Planeación y Desarrollo Urbano</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V4

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ PPT ☐
 NÚMERO DE DOCUMENTO: 79532615 FECHA DE NACIMIENTO: 10-09-1970
 NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Gustavo Adolfo Bermúdez Medina
 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 58 # 17-33
 LOCALIDAD: Teusaquillo
 TELÉFONO FIJO: 6015336237 N° CELULAR: 3138147467
 CORREO ELECTRÓNICO: gbermudezmedina52@gmail.com
 EPS: Compensar FONDO DE PENSIONES Protección ARL AXA calpatría
 USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ☐ NO ☒
 ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☒ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☐
 MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ☐ NO ☒
 CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE ☐ NA. ☒
 CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE ☐ NA. ☒
 USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ ¿CUÁL? ☐
 PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ☐ AFRODESCENDIENTE ☐
 OTRO ¿CUÁL? ☐
 USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☒
 ¿CUÁL ENTIDAD? ☐
 USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ☐ NO ☒
 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: Nelly Medina
 NUMERO DE CONTACTO: 3138612102



Nombres Apellidos y Firma