INFORMACIÓN GENERAL

Nombre Contratista: David Ricardo Medina Gómez
Cedula de Ciudadanía: 80.032.064 Expedida en: Bogotá
Fecha de Nacimiento: 20 de Noviembre de 1981
Dirección de Residencia: Carrera 64 A # 22 – 14, Torre 3, Apto 1402
No Celular: 301 4844946
Correo Electrónico: rimed1944@gmail.com

INFORMACIÓN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

1. Indique la Entidad Promotora de Salud - EPS en la cual se encuentra afiliado como independiente: **Sanitas** (anexo certificación).

2. Indique la Entidad de Pensiones en la cual se encuentra afiliado y activo: **Porvenir** (anexo certificación).

3. Indique la Administradora de Riesgo Laboral en la cual se encuentra afiliado y activo.
SI__ NO__ Cual: **SURA**

4. Contrato No. ____054-2026___
Fecha de la firma del contrato: _____13-01-2026_____
Plazo de ejecución: _____8 MESES_____
Valor del contrato: _____32.000.000_____
Valor honorario mensual: _____4.000.000
Centro de trabajo: Sede principal: _____ Bodega Funza___
Conductor _____ Laboratorio _____

Firmo a los **10 días** del mes de **diciembre** del año **2025** bajo la gravedad del juramento certifico la veracidad de la información suministrada.



Firma: _____

NOTA: Señor (a) contratista en caso de suscribir adición y/o prorroga deberá actualizar información de la ARL ante la Oficina de Gestión Humana de la Entidad, con el fin de ampliar la cobertura del término de ejecución del contrato; igualmente informar a la terminación del mismo.