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: 19452516_FECHA DE NACIMIENTO: 09/Oct/61
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Augusto Abelardo Angarita Arevalo
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: ___Calle 44 F #51-29
LOCALIDAD:_Teusaquillo
TELÉFONO FIJO:_____N° CELULAR: _3162674418
CORREO ELECTRÓNICO: _augustoa999@gmail.com
EPS: SANITAS 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 N/A_____NA**.** _____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE N/A_____NA. _____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI_____NO X¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA_____AFRODESCENDIENTE_____
OTRO ¿CUÁL? _____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI_____NO X__

¿CUÁL ENTIDAD? _____

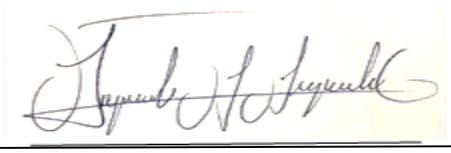
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI__NO X_
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A)___TIO(A)__PRIMO(A) ___

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Sandra Patria Ramos

NUMERO DE CONTACTO: 3002168463



Nombres Apellidos y Firma