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: 1.033781.535 **FECHA DE NACIMIENTO:** 22 Oct 1995

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Cristhian Andres laverde Gonzalez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 9 #38-23 Soacha

LOCALIDAD: Soacha

TELÉFONO FIJO: _____ **N° CELULAR:** 3193427965

CORREO ELECTRÓNICO: acristhianlaverde17@gmail.com

EPS: Capital salud **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 X NO_____ ¿CUÁL? Multiples.

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 X **NO**__

SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? Administrativa

SU FAMILIAR ES: PADRE___**MADRE** X **HERMANO(A)** __**TIO(A)** __**PRIMO(A)** __

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Judith Gonzalez

NUMERO DE CONTACTO: 3124564497

Cristhian L.

Nombres Apellidos y Firma