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: 80425026_____FECHA DE NACIMIENTO: 17/09/1972_____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: GERMAN ALFREDO MORENO CONTRERAS_____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 9 C BIS 68 G 29_____

LOCALIDAD: KENNEDY_____

TELÉFONO FIJO: 6012994799_____N° CELULAR: 3134225899_____

CORREO ELECTRÓNICO: morenocontrerasgerman@yahoo.es

morenocontrerasgerman@gmail.com

EPS: COMPENSAR_____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 X____NO _

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 3 ____NA. _____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____NA. X _____

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 X___NO____

¿CUÁL ENTIDAD? HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS _____

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: ANGIE NATHALY MICAN PADUA_

NUMERO DE CONTACTO: 3102134110_____



Nombres Apellidos y Firma