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: ____1024545090___FECHA DE NACIMIENTO: _____12/10/1993_____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: ___Oscar Arley Currea Jiménez_____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: ___Calle 69 F sur # 72 B 42_____

LOCALIDAD: _____Ciudad Bolivar_____

TELÉFONO FIJO: _____6014721153___N° CELULAR: __321206277_____

CORREO ELECTRÓNICO: ___apoyoentorno2022@gmail.com**_____**

EPS: Nueva Eps 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 _____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 X **NO** __
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? __Intramural_____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) X **TIO(A) __PRIMO(A) ___**

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Luz Clemencia Jiménez

NUMERO DE CONTACTO: 3112136952



Oscar Arley Currea Jiménez

Nombres Apellidos y Firma