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: __80020525__FECHA DE NACIMIENTO: ___15/11/1978____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Carlos Augusto Cristancho Díaz

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 12 F 30 61 Sur In 3 Ap 103 Conjunto Bosque de San Carlos

LOCALIDAD: Rafael Uribe Uribe

TELÉFONO FIJO: 6014738103_____ N° CELULAR: 3134037002_____

CORREO ELECTRÓNICO: hematolagnic@gmail.com

EPS: Sanitas _____FONDO DE PENSIONES Protección_____ARL Seguro Bolivar

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 _____ 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 ___**X**_NO___

¿CUÁL ENTIDAD? ___Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E._____

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: ___Johanna Mirella Chacón Gil_____

NUMERO DE CONTACTO: ___3134028724_____



Carlos Augusto Cristancho Díaz

Nombres Apellidos y Firma