ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	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: 52742048 **FECHA DE NACIMIENTO:** 05/03/1981

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Liliana Sanchez Pardo

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Kr 11 67A 66 sur Torre 6 Apto 302

LOCALIDAD: Usme

TELÉFONO FIJO: 7042310 **N° CELULAR:** 3107616607

CORREO ELECTRÓNICO: lilianasanchezps6@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 ____ NO X

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE 1 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 ____ 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: Oscar Arias

NUMERO DE CONTACTO: 3174723388

J. Liana Sanchez

Nombres Apellidos y Firma

Powered by CamScanner