ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V3

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

NÚMERO DE CÉDULA 1.022.363.360 **FECHA DE NACIMIENTO** 14/07/1990

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Karen Liliana Flórez Cruz

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Carrera 21 #145A - 30

LOCALIDAD Usaquén

TELÉFONO FIJO 3043538 **N° CELULAR** 3213708157

CORREO ELECTRÓNICO KarenlFlorez c@gmail.com

EPS Compensar **FONDO DE PENSIONES** Colpensiones **ARL** Positiva

ESTACO CIVIL: CASADO____ SOLTERO__✓__ UNIÓN MARITAL DE HECHO____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI ____ NO ✓

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI____ NO ✓ ¿CUÁNTOS?____ ¿DE QUE EDAD(ES)?____

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI____ NO ✓ ¿CUÁNTOS?____

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD SI____ NO ✓ ¿CUÁL? ____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA INDÍGENA____ AFRODESCENDIENTE____

OTRO ¿CUÁL? ____

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD SI____ No ✓

¿CUÁL? ____

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E. SI __ No ✓

SI SU REPUESTA ES SI, ¿SABE EN QUE AREA TRABAJA? ____

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? ____

Karen Liliana Flórez Cruz

Nombres Apellidos y Firma