



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Sistema Integrado 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

TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ PPT ☐

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1033686065 FECHA DE NACIMIENTO: 28/11/1986

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: DEISSY LILIANA DIAZ RODRIGUEZ

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: KR 19ª 53ª 75 SUR

LOCALIDAD: TUNJUELITO

TELÉFONO FIJO: N/A N° CELULAR: 3232234431

CORREO ELECTRÓNICO: lilianadiazrodriguez3@gmail.com

EPS: FAMISANAR FONDO DE PENSIONES: COLFONDOS ARL SURA

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ☐ NO ☒

ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☒ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☐

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ☐ NO ☒

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE ☐ NA. ☒

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE ☐ NA. ☒

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ ¿CUÁL? ☐

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ☐ AFRODESCENDIENTE ☐
OTRO ¿CUÁL? NA ☐

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☒

¿CUÁL ENTIDAD? NA ☐

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ☐ NO ☒
SI SU RESPUESTA ES SI, ¿EN QUE ÁREA O DEPENDENCIA TRABAJA? ☐

SU FAMILIAR ES: PADRE ☐ MADRE ☐ HERMANO(A) ☐ TIO(A) ☐ PRIMO(A) ☐

OTRO, ¿CUÁL? ☐

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: MAICOL DIAZ RODRIGUEZ

NÚMERO DE CONTACTO: 3202216734

DEISSY LILIANA DIAZ RODRIGUEZ