ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	**CO-OPS-FT-28 V1**

NÚMERO DE CÉDULA ____1033711020_____**FECHA DE NACIMIENTO** __17 de junio de 1989____

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS _ERICA LICET OSPINA ORTIZ_____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ____CL 76 SUR 16 N 39_____

LOCALIDAD _____CIUDAD BOLIVAR_____

TELÉFONO FIJO ____7900497_____**N° CELULAR** _____3114676778_____

CORREO ELECTRÓNICO__erikaospina1712@hotmail.com_____

EPS famisanar_____ **FONDO DE PENSIONES** ___Porvenir_____**ARL** ____Sura_____

ESTACO CIVIL: CASADO _____ SOLTERO_____ UNIÓN MARITAL DE HECHO_____x_____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI _____ NO ____x____

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI _x__ NO ___ ¿CUÁNTOS? __1__ ¿DE QUE EDAD(ES)?_3_____

TIENE HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD SI ___ NO __x_____ ¿CUÁNTOS? _____

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? _____