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: 52857161 **FECHA DE NACIMIENTO:** 19/06/1981

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: LEIDY CAROLINA SANDOVAL PRECIADO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CALLE 52F SUR 24C 41

LOCALIDAD: TUNJUELITO

TELÉFONO FIJO: NA **N° CELULAR:** 3142497939

CORREO ELECTRÓNICO: lcspreciado@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 ___X____NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE _____ NA**.** _____

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. _____

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___

¿CUÁL ENTIDAD? _____

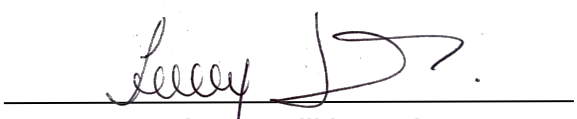
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO_X_
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? _____

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

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: FABIÁN ALCÁNTARA

NUMERO DE CONTACTO: 3245036636



Nombres Apellidos y Firma