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

NÚMERO DE CÉDULA 1'136.880.441 **FECHA DE NACIMIENTO** 11-09-1988

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS Sandra Liliana Salas Pulido

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Calle 2 # 0-19 este

LOCALIDAD Santa fé

TELÉFONO FIJO _____ **Nº CELULAR** 3176929983

CORREO ELECTRÓNICO lilisalas1611@hotmail.com

EPS Compensar **FONDO DE PENSIONES** Porvenir **ARL** Sura

ESTACO CIVIL: CASADO ____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO _____

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA SI ____ NO X

TIENE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS SI ___ NO X ¿CUÁNTOS? ___ ¿DE QUE EDAD(ES)? _____

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? NO

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD SI ___ No X

¿CUÁL? _____