



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
1886-1887
©. Servid. Indígena y Afrodescendiente
de la C. y del 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 ☒ CE ☐ PPT ☐

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1009061200 FECHA DE NACIMIENTO: 26 de Marzo 2001

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Yennifer Dariana Mosquera Perez

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cl 60 Sur 70 - 90

LOCALIDAD: Ciudad Bolívar

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: 3025243454

CORREO ELECTRÓNICO: Danamp26@gmail.com

EPS: Salud Total FONDO DE PENSIONES Pavemir ARL Sora

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? _____

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 ☒

SI SU RESPUESTA 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: Yamary Perez Gomez

NÚMERO DE CONTACTO: 3103281238

Yennifer Dariana Mosquera

Nombres Apellidos y Firma