	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	**CO-OPS-FT-28 V1**

NÚMERO DE CÉDULA: 40188329 **FECHA DE NACIMIENTO** : 26-09-1981

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Ana Milena Villarreal Cárdenas

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: **Carrera 69d#1-10conjunto Portón de las Américas Torre 2 apartamento 402**

LOCALIDAD : Kennedy

TELÉFONO FIJO: 9202435 **N° CELULAR : 3006774070**

CORREO ELECTRÓNICO: amvillarreal@fucsalud.edu.co

EPS: Medimas **FONDO DE PENSIONES**: Porvenir **ARL** : Protección

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? Ninguna

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

¿CUÁL? _____