Gmail **Gerardo Mauricio Polania Gutierrez <gmpolania@gmail.com>**

Formulario de caracterización: copia de respuestas.

1 mensaje

Microsoft Power Apps and Power Automate <microsoft@powerapps.com> 5 de junio de 2024, 4:07 p.m.
Responder a: Microsoft Power Apps and Power Automate <microsoft@powerapps.com>
Para: "GERARDO.POLANIA" <GERARDO.POLANIA@scj.gov.co>, GMPOLANIA <GMPOLANIA@gmail.com>

Apreciado(a) GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ

Cordial saludo.

¡Gracias por diligenciar el formulario de caracterización! Sus respuestas han sido almacenadas y se analizaran de forma global junto con los resultados de todos los Servidores y Contratistas de la SCJ.

→*En caso de requerirlo, puede actualizar su información diligenciando nuevamente el formulario (clic aquí).*

A manera de respaldo, se envía copia de la información registrada:

Número de identificación: 7690036. *Tipo de registro:* POR PRIMERA VEZ. *Nombres y apellidos completos:* GERARDO MAURICIO POLANIA GUTIERREZ. *Tipo de vinculación:* Contratista. *Sexo:* Masculino. *Identidad de género:* Hombre. *Orientación sexual:* Heterosexual. *Grupo sanguíneo:* A+. *Nacionalidad:* Colombia. *Edad:* 53. *Fecha de nacimiento:* 1970-11-07. *Lugar de nacimiento:* NEIVA. *Correo electrónico institucional:* GERARDO.POLANIA@SCJ.GOV.CO. *Correo electrónico personal:* GMPOLANIA@GMAIL.COM. *Numero de teléfono fijo:* 3133064158. *Numero de teléfono celular:* 3124501022. *Tipo de vivienda:* Arrendada. *Estrato donde reside:* 4. *Localidad:* Suba . *Barrio donde reside actualmente:* NUEVA ZELANDIA. *Dirección de residencial actual:* CARRERA 48 # 174B-67 APTO. 119 INT. 06 CONJ. RESID. PLAZA BAVIERA 1. *Último nivel de estudio alcanzado: Indique el estado actual de su nivel de estudios:* Graduado.

========== ========== ==========

¿Se reconoce con alguna pertenencia étnica?: . Si su respuesta en la pregunta anterior fue pueblos indígenas, señale a cuál pertenece: .¿Es una persona con discapacidad? NO. *Indique cuál es el tipo de discapacidad que presenta: . Cuenta con el certificado de discapacidad: . Es una persona victima del conflicto:* NO. *Es usted cabeza de hogar:* Si. *Mencione su EPS:* ALIANSALUD. *Mencione su Fondo de Pensiones:* COLPENSIONES. *Mencione cuantas semanas cotizadas tiene a la fecha:* 1450.

Estado civil: Casado(a). *¿Su conyugue o compañero (a) permanente trabaja en la Secretaria de Seguridad Convivencia y Justicia?:* NO. *La conformación de su familia es:* Nuclear: conformada por su pareja (con o sin hijos) y/o convivir con padre y hermanos.. *¿En su hogar existe alguna de las siguientes situaciones?:* Ninguna. *¿Tiene hijos (as)?:* SI. *¿Cuántos hijos(as) tiene?:* 3. *¿En su hogar hay niños o niñas menores de 14 años?:* Si. *¿En su hogar quién se encarga del cuidado, disciplina, preparación de alimentos , entre otros de los niños y niñas menores de 14 años?:* todos los miembros tienen asignadas tareas específicas. .

========== ========== ==========

Indique el nombre completo de su primer hijo (a): MARIA CAMILA POLANIA AYALA. *Indique el número de identificación de su primer hijo(a):* 1020833053. *Indique la fecha de nacimiento de su primer hijo (a):* 1998-05-31. *Indique el genero de su primer hijo (a):* Femenino. *¿Su hijo-hija tiene alguna discapacidad?:* NO. *Indique la discapacidad que tiene su hijo-hija: . ¿Su hijo-hija padece alguna enfermedad?:* NO. *¿Cuál o cuales enfermedades padece su hijo-hija?: .*

¿Desea registrar información de un segundo hijo(a)?: SI. *Indique el nombre completo de su segundo hijo(a):* POLANIA GOMEZ LAURA SOFIA. *Indique el número de identificación de su segundo hijo (a):* 1031653684. *Indique la fecha de nacimiento de su segundo hijo (a):* 2007-10-31. *Indique el genero de su segundo hijo (a):* Femenino. *¿Su segundo(a) hijo(a) se encuentra en condición de discapacidad?:*NO . *Indique la discapacidad en la que se encuentra su segundo(a) hijo(a): . ¿Su segundo(a) hijo(a) padece alguna enfermedad?:* NO. *¿Cuál o cuales enfermedades padece su segundo(a) hijo (a)?: .*

¿Desea registrar información de un tercer hijo(a)?: SI. *Indique el nombre completo de su tercer hijo (a):* POLANIA GOMEZ SAMUEL ANDRES. *Indique el número de identificación de su tercer hijo (a):*

1031657722. *Indique la fecha de nacimiento de su tercer hijo (a):* 2023-05-16. *Indique el genero de su tercer hijo (a):* Masculino. *¿Su tercer hijo (a) se encuentra en condición de discapacidad?:* NO . *Indique la discapacidad en la que se encuentra su tercer hijo (a): . ¿Su tercer hijo(a) padece alguna enfermedad?:* NO. *¿Cuál o cuales enfermedades padece su tercer hijo(a)?: .*

¿Desea registrar información de un cuarto hijo(a)?: No tengo mas hijos (as). *Indique el nombre completo de su cuarto hijo(a): . Indique el número de identificación de su cuarto hijo (a): . Indique la fecha de nacimiento de su cuarto hijo (a): . Indique el genero de su cuarto hijo (a): . ¿Su cuarto hijo (a) se encuentra en condición de discapacidad?: . Indique la discapacidad en la que se encuentra su cuarto hijo(a): . ¿Su cuarto hijo (a) padece alguna enfermedad?: . ¿Cuál o cuales enfermedades padece su cuarto hijo(a)?: .*

¿Desea registrar información de un quinto hijo(a)?: . Indique el nombre completo de su quinto hijo(a): . Indique el número de identificación de su quinto hijo(a): . Indique la fecha de nacimiento de su quinto hijo (a):. Indique el genero de su quinto hijo (a): . ¿Su quinto hijo(a) se encuentra en condición . Indique la discapacidad en la que se encuentra su quinto hijo(a): . ¿Su quinto hijo(a) padece alguna enfermedad?: . ¿Cuál o cuales enfermedades padece su quinto hijo(a)?: .

========== ========== ==========

¿Usted se hace cargo del cuidado de alguna persona?: NO. *¿Cuál es el parentesco que tiene con la persona que cuida: . ¿A que tipo de población pertenece la persona que cuida?: . Describa la incapacidad y/o discapacidad que la enfermedad ha producido: . Adicional a las actividades propias de trabajo, ¿Cuáles de las siguientes labores no remuneradas hace . En promedio, ¿Cuántas horas semanales dedica a estas actividades?: . ¿Quién realiza principalmente los trabajos del hogar?: . ¿Tiene mascotas?:* NO. *¿Cuántas mascotas tiene?: . ¿Cuál es la especie de su mascota?: .*

========== ========== ==========

Consumo de cigarrillo: No consumo. *Cuantos cigarrillos consume diariamente?: . Cuantos cigarrillos consume semanalmente?: . ¿Consume bebidas alcohólicas?:* Ocasionalmente / Socialmente. *¿Practica alguna actividad física o deporte?:*SI. *¿Cuál?:* ["Caminatas","Ciclismo"]. *¿Con qué frecuencia semanal?:* Ocasionalmente. *¿Si no practica ninguna actividad, cuál es la razón?: . ¿Desarrolla algunos intereses afuera de su casa en su tiempo libre?* Si desarrollo actividades afuera de mi casa . *¿Qué le gusta hacer afuera de su casa en su tiempo libre?:* ["Cine","PASEOS FAMILIARES "] .

¿Cuánto tiempo se demora para llegar a su lugar de trabajo?: Entre media hora y 1 hora . *¿Cuántas veces por semana recurre al teletrabajo o trabaja desde casa?:* Todos los días . *¿Es usted usuario de medios alternativos de transporte para desplazarse a su lugar de trabajo?:* No. *¿Qué medio alternativo de transporte utiliza usted para desplazarse a su lugar de trabajo?: . ¿Con que frecuencia utiliza usted el medio alternativo de transporte para el desplazamiento a su lugar de trabajo?: .*

¿Tiene alguna alergia alimentaria?: NO. *¿Mencione a que alimentos presenta alergia?: . Presenta alguna enfermedad diagnosticada?:* NO. *Mencione la enfermedad diagnosticada: . ¿Consume algún medicamento de forma permanente?:* SI. *Mencione los medicamentos que consume de forma permanente:* ASA - ENALAPRIL - ATORBASTATINA - METROPOLOL. *¿Presenta alergia a algún medicamento?:* NO. *Mencione a que medicamento presenta alergia: . Contacto de Emergencia Familia:* NEGIA MAGRET GOMEZ SUAREZ 3133064158 ESPOSA . *Contacto Emergencia No Familiar:* NEGIA MAGRET GOMEZ SUAREZ 3133064158 ESPOSA

========== ========== ==========

Elija las actividades de BIENESTAR, INCENTIVOS, ESTIMULOS Y RECONOCIMIENTO de las cuales le gustaría participar: ["Salario Emocional (Día de Cumpleaños, Fechas Especiales, Fechas Conmemorativas, Promoción de Programas de Vivienda y Financieros, Actividades Recreativas, Artísticas y Culturales, Programa Servimos ","Clima y Cultura (Cambio organizacional, Adaptación laboral, Fortalecimiento del clima y la cultura organizacional, Orientación al retiro, Asesoría en temas pensionales)"].

Elija las actividades de HÁBITOS SALUDABLES de las cuales le gustaría participar: ["Actividades de Autocuidado (nutrición, acondicionamiento físico, alimentación saludable, campañas de salud)"].

Elija las actividades de SECRETARÍA SOSTENIBLE de las cuales le gustaría participar: ["Política Ambiental, sostenibilidad, reciclaje","Capacitaciones y talleres en temas ambientales"].

¿Sobre que información considera importante profundizar en Seguridad y Salud en el Trabajo?. ["Accidentes y Enfermedades Laborales","Riesgo Psicosocial","Seguridad Vial","¿Qué es el Comité de Convivencia Laboral?"].

Elija las actividades de SECRETARÍA EN FAMILIA de las cuales le gustaría participar: ["Día de la Familia","Día del Niño(a)","Vacaciones Recreativas","Charlas en Familia: Acuerdo 828, prevención de violencias, equidad en roles."].

Elija las actividades de FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN de las cuales le gustaría participar: ["Gestión del Conocimiento y la Innovación","Transformación Digital"].

¿Tiene alguna recomendación para el proceso de Gestión Humana?: NO.

Fin del formulario.

If you want to unsubscribe from these emails, please use this form.