ENCUESTA GENERAL

* Obligatòria

No DE DOCUMENTO *

52103524

TIPO DE DOCUMENTO *

- [x] CC
- [ ] CE
- [ ] PEP

FECHA DE EXPEDICIÓN DE DOCUMENTO DEL PEP

Data

09/10/1990

FECHA DE NACIMIENTO *

Data

29/09/1971

EDAD

48

NACIONALIDAD

Colombiana

GENERO

Femenino

NOMBRES - APELLIDOS *

Anamaria Viana Solorza

DISCAPACIDAD *

- [ ] SI
- [x] NO

¿CUAL DISCAPACIDAD?

Ninguna

DIRECCIÓN COMPLETA CON APT, CASA, TORRE *

Calle 7A Bis C · 72B15

LOCALIDAD *

Kennedy

TELÉFONO FIJO O ALTERNATIVO *

4246249

No CELULAR *

3138431645

CORREO ELECTRÓNICO *

mariavianasolorza@hotmail.com

ESTADO CIVIL *

- [ ] CASADO
- [x] SOLTERO
- [ ] UNIÓN MARITAL DE HECHO

HIJOS MENORES DE 12 AÑOS? *

- ○ SI
- ◉ NO

¿CUANTOS?

0

EDADES

0

*

HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

- ○ SI
- ◉ NO

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA *

- ☑ Sí
- ☐ NO

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA *

- [ ] INDÍGENA
- [ ] AFRODESCENDIENTE
- [ ] OTRO
- [x] NINGUNA

NIVEL ACADÉMICO

Tecnico laboral

TITULO

Auxiliar de Enfermeria

EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS *

- [ ] MENOR DE 2 AÑOS
- [ ] ENTRE 2 AÑOS Y 5 AÑOS
- [x] MAS DE 5

EPS

Nueva EPS

FONDO PENSIONES

PORVENIR

ARL

SURA

PÓLIZA *

- [ ] SI
- [x] NO

VALOR ASEGURADO

0

FECHA DE INICIO PÓLIZA

Data

dd/mm/aaaa

FECHA DE VENCIMIENTO PÓLIZA

Data

dd/mm/aaaa

FECHA EXPEDICIÓN PÓLIZA

Data

dd/mm/aaaa

NUMERO DE PÓLIZA

0

ENTIDAD QUE EMITE LA PÓLIZA

0

FECHA DE REALIZACIÓN EXAMEN DE VISIOMETRÍA (recordar que este examen es anual)

Data

27/11/2019

FECHA DE REALIZACIÓN EXAMEN OCUPACIONAL

Data

13/12/2017

CURSOS ESPECÍFICOS

CURSOS DE HABILITACIÓN QUE DEBE TENERSE VIGENTES SEGÚN PERFIL

FECHA REALIZACIÓN BLS

Data

30/11/2018

FECHA REALIZACIÓN CURSO SVA–ACLS

Data

dd/mm/aaaa

FECHA REALIZACIÓN CURSO PRIMEROS AUXILIOS

Data

dd/mm/aaaa

FECHA REALIZACIÓN CURSO PALS

Data

dd/mm/aaaa

FECHA REALIZACIÓN CURSO NALS

Data

dd/mm/aaaa

FECHA REALIZACIÓN CURSO UCI

Data

dd/mm/aaaa

FECHA REALIZACIÓN CURSO UNIDAD RENAL

Data

dd/mm/aaaa

FECHA REALIZACIÓN CURSO ATENCIÓN EN ENFERMEDADES MENTALES

Data

dd/mm/aaaa

FECHA REALIZACIÓN CURSO RADIO PROTECCIÓN

Data

dd/mm/aaaa

FECHA REALIZACIÓN CÓDIGO BLANCO

Data

01/02/2018

DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE EL CONTRATISTA *

- ( ) HOSPITALIZACION
- ( ) URGENCIAS
- ( ) COMPLEMENTARIOS
- ( ) AMBULATORIOS
- (•) SALUD PUBLICA
- ( ) ADMINISTRATIVA

Envia

No envieu mai contrasenyes a través de Formularis de Google.

Google no ha creat ni aprovat aquest contingut. Informa d'un ús abusiu - Condicions del Servei - Política de privadesa

Google Formularis