

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA 2023 INSPECCIÓN DE TRANSITO Y TRANSPORTE DE BARRANCABERMEJA

* Obligatoria

* Este formulario registrará su nombre, escriba su nombre.

1. NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS *

2. NUMERO DE CÉDULA *

3. FECHA DE NACIMIENTO *

Especifique la fecha (d/M/yyyy)



4. DIRECCIÓN DONDE RESIDE ALCTUALMENTE *

5. TELÉFONO *

6. CORREO ELECTRÓNICO *

7. EPS *

- FAMISANAR
- NUEVA EPS
- FOSIGA
- SALUD VIDA
- SANITAS
- MEDIMAS
- COOMEVA
- SALUD TOTAL
- ASMET SALUD
- ENDISALUD
- COOSALUD
- SURAMERICANA CIA SURA
- OTROS

8. ARL *

- SEGUROS BOLIVAR S.A

9. FONDO DE PENSIONES *

- COLPENSIONES
- PORVENIR
- PROTECCIÓN

10. ÁREA DONDE LABORA DENTRO LA DEPENDENCIA *

11. TIPO DE VINCULACIÓN LABORAL *

- CARRERA ADMINISTRATIVA
- PROVISIONAL
- LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOSIÓN
- CPS

12. CARGO ACTUAL *

13. FECHA DE INGRESO *

Especifique la fecha (d/M/yyyy)



14. TIEMPO DE CONTRATO EN MESES (PARA PRESTADORES DE SERVICIO) *

15. POR LAS TAREAS O ACTIVIDADES ASIGNADAS TIENE CONTACTO DIRECTO CON LA COMUNIDAD, PROVEEDORES U OTROS *

SI

NO

16. TIENE ALGÚN TIPO DISCAPACIDAD *

SI

NO

17. QUE TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE *

18. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA PATOLOGÍA (ENFERMEDAD) *

SI

NO

19. CUAL PATOLOGÍA *

20. CUÁNTAS PERSONAL HABITAN EN SU VIVIENDA *

21. CUANTAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS VIVEN CON USTED *

22. CUÁNTAS PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS VIVEN CON USTED *

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

 Microsoft Forms