



ENCUESTA DE SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA SERVIDORAS/ES, TRABAJADORES DEL CNIG

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos	<input type="text"/>	No. De Cédula	<input type="text"/>
Dirección o Unidad a la que pertenece	<input type="text"/>	Número Tel. celular	<input type="text"/>
Años de servicio en la institución	<input type="text"/> EDAD <input type="text"/>	Correo electrónico personal	<input type="text"/>

Tipo de relación laboral	Género	Personas bajo su cuidado	Situación familiar
Libre remoción NJS <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Menores de 18 años <input type="checkbox"/>	Jefa/e de hogar <input type="checkbox"/>
Nombramiento definitivo <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Mayores a 60 años <input type="checkbox"/>	Casado/a o en pareja <input type="checkbox"/>
Nombramiento provisional <input type="checkbox"/>	LGBTI <input type="checkbox"/>	Personas en grupos vulnerables <input type="checkbox"/>	Soltero/a <input type="checkbox"/>
Código del Trabajo <input type="checkbox"/>	Hijos/as	Personas con discapacidad <input type="checkbox"/>	Residencia
Contrato Ocasional <input type="checkbox"/>	Edades <input type="text"/>	Otra, describa: <input type="text"/>	Sector/barrio <input type="text"/>
Servicios profesionales <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		Distancia a la Oficina Km. <input type="text"/>

PERTENENCIA A GRUPOS VULNERABLES

CONDICIONES ECONÓMICAS

Grupos vulnerables	Paciente con enfermedades crónicas	Ingresos	Vivienda
Mayor a 60 años <input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>	Nivel Ocupacional <input type="text"/>	Propia <input type="checkbox"/>
Enfermedad catastrófica <input type="checkbox"/>	Pulmonar <input type="checkbox"/>	Sueldo <input type="text"/>	Arriendo <input type="checkbox"/>
Embarazo o período lactancia <input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal <input type="checkbox"/>	Otros Ingresos <input type="text"/>	Otra <input type="checkbox"/>
Padre o madre sustituto/a <input type="checkbox"/>	Lupus <input type="checkbox"/>	Medio de movilización	Equipos y conectividad
Padecimiento tratamiento farmacológico que le genera supresión del sistema inmunológico <input type="checkbox"/>	Otra Describe <input type="text"/>	Vehículo Propio <input type="checkbox"/>	Laptop/comput <input type="checkbox"/> Impresora <input type="checkbox"/>
		Transporte público <input type="checkbox"/>	Internet <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/>

Principales entregables en el Estatuto	Requiere insumos de la Oficina		Pueden ejecutarse por Teletrabajo		Principales entregables en el Estatuto	Requiere insumos de la Oficina		Pueden ejecutarse por Teletrabajo	
	SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datos adicionales que requiera informar

USO INSTITUCIONAL

Firma Servidor/a	Firma jefe/a inmediato/a	Unidad de Talento Humano
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Los datos serán manejados de manera confidencial