**REQUISITOS PREVIOS A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

FECHA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** NIVEL DE FORMACION**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Énfasis de formación: **Construcción: \_\_\_\_ Eléctrico-telecomunicaciones: \_\_\_\_**

**Hidrocarburos: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Nombre del aprendiz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Número de identificación de la cedula de ciudadanía: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Labor o cargo que desempeña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Nivel de escritura: Alto \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medio. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bajo. \_\_\_\_\_\_
6. Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. dirección y ciudad de domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Nivel de formación: Primaria: \_\_\_\_ Secundaria. \_\_\_\_\_\_ universitaria. \_\_\_\_
10. Grupo sanguíneo Factor RH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. Alergias cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. Consumo reciente de medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. Lesiones recientes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
14. Enfermedades actuales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
15. Persona de contacto en caso de emergencia.

* Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está de acuerdo con el código del buen comportamiento establecido en el centro de formación? SI\_\_\_\_\_ o NO\_\_\_\_\_

Firma de aprendiz: Firma del entrenador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cc: cc:

|  |  |
| --- | --- |
| **LISTA DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS** | **SI/NO** |
| 1 FOTOCOPIAS DE LA CEDULA AL 150% |  |
| 1 CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL PARA ALTURAS VIGENTE (APTO) |  |
| 1 CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL O EPS |  |
| 1 CERTIFICADO DE ALTURAS ANTERIOR O VIGENTE SEA EL CASO (COORDINADOR) |  |
| Otros: |  |

Verificación por parte del supervisor de formación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_