

Lugar	Día	Mes	Año	Código Anterior	Código Nuevo	Número de Encuestador
						Número de Encuesta

DATOS PERSONALES

Primer Nombre	Segundo Nombre		
Primer Apellido	Segundo Apellido		
Apellido de Casada o Viuda	Nacionalidad		
Lugar de Nacimiento	Fecha	Sexo	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> C.I. / RUN <input type="checkbox"/> Carnet de Extranjero	Expedición	Fecha de Vencimiento C.I.	Estado Civil
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D
NIT	Fecha de Vencimiento NIT	Observaciones	Idioma de Correo
			<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español

DIRECCIÓN PARTICULAR

Ciudad	Barrio				
<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pasaje	Número	Dpto.			
UV.	Zona	Cód. Int.	Cód. Local	Teléfono	Celular
Casilla de Correo	Correo Electrónico	Casa Propia			
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Observaciones	Posee Vehículo				
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

INFORMACIÓN LABORAL

Lugar de Trabajo / Nombre Comercial	Ocupación o Cargo				
Zona	<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pasaje	Número	UV.		
Cód. Int.	Cód. Local	Teléfono	Extensión	Casilla de Correo	Fecha de Ingreso
Profesión	Observaciones				

