

DATOS DEL TITULAR FUNCIONARIO (OBLIGATORIOS)	V	Cédula de Identidad:	1er Nombre:		2do Nombre:		1er Apellido:		2do Apellido:			
	E											
	Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:		Masculino	Ciudad de Habitación:		Teléfono de Habitación:		Celular:		
	/ /				Femenino			(02)		(04)		
	Correo Electrónico Personal:				Dirección de Habitación:							
	Cuenta Bancaria Nómina:				Nombre del Banco:				Tipo de Cuenta:			
	Tipo de Trabajador		Ente u Organismo donde Labora:			Dirección donde Labora:						
	Empleado											
	Obrero				Cargo:				Teléfono del trabajo:			
	Contratado								(02)		- -	
Jubilado				Correo Electrónico Institucional:								
Pensionado												

DATOS DE LOS FAMILIARES QUE SERÁN BENEFICIADOS POR FASMEE

V	E	Cédula de Identidad	1er Nombre	2 do Nombre	1er Apellido	2 do Apellido	Sexo		Fecha de Nacimiento	Parentesco
							M	F		
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	
									/ /	

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL FUNCIONARIO

V	E	Cédula de Identidad	1er Nombre	2 do Nombre	1er Apellido	2 do Apellido	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% de Participación
							/ /		
							/ /		
							/ /		
							/ /		
							/ /		
							/ /		

DATOS DE CONTACTO DE LA CARGA FAMILIAR

	C.I.	ESTADO	CIUDAD	TELÉFONO FIJO	NUMERO CELULAR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

¿VACUNADO/A contra COVID-19? NO ____ SI ____ NOMBRE VACUNA: _____ FECHA: _____

EN CASO DE EMERGENCIA AUTORIZA QUE LE HAGAN TRANSFUSIONES DE SANGRE? SI ____ NO ____

ANTECEDENTES MÉDICOS											
CÉDULA DE IDENTIDAD			CÉDULA DE IDENTIDAD			CÉDULA DE IDENTIDAD			CÉDULA DE IDENTIDAD		
PATOLOGÍA	HIPERTENSIÓN		PATOLOGÍA	HIPERTENSIÓN		PATOLOGÍA	HIPERTENSIÓN		PATOLOGÍA	HIPERTENSIÓN	
	CANCER			CANCER			CANCER			CANCER	
	TIROIDES			TIROIDES			TIROIDES			TIROIDES	
	DIÁBETES			DIÁBETES			DIÁBETES			DIÁBETES	
	CARDIOPATIAS			CARDIOPATIAS			CARDIOPATIAS			CARDIOPATIAS	
	ALERGIAS			ALERGIAS			ALERGIAS			ALERGIAS	
	OTRAS (ESPECIFIQUE):			OTRAS (ESPECIFIQUE):			OTRAS (ESPECIFIQUE):			OTRAS (ESPECIFIQUE):	
OPERACIONES			OPERACIONES			OPERACIONES			OPERACIONES		

¿En los últimos cinco (5) años ha(n) recibido Transfusiones Sanguíneas? Si _____ No _____

- * El porcentaje de participación en caso de fallecimiento debe ser numérico, si lo deja en blanco NO se sobreentiende que sea el 100%. Si coloca más de una persona debe colocar el porcentaje de participación que dejará a cada uno (a) NO se sobreentiende que será dividido en partes iguales. Si no coloca el porcentaje de participación los herederos serán los que dicte la declaración de únicos y universales herederos emanada por el tribunal competente, aun cuando haya colocado nombres y apellidos en la sección.
- * Esta Planilla tendrá validez siempre y cuando la firma del Funcionario Titular sea igual como está en la cédula laminada.
- * Es obligatorio que la planilla sea sellada y firmada por Recursos Humanos del Ente respectivo.
- * Esta planilla sustituye a cualquier otra presentada anteriormente.
- * El funcionario declara que la información contenida en esta solicitud y los distintos documentos que se anexan a la misma son ciertos.

Firma del Funcionario

C.I: _____

Fecha: _____

Solo para uso de RRHH del Ente u Organismo		
Fecha de revisión de la planilla:	/	/
Presenta documentos en original	SI	NO
CI de todos los Beneficiarios		
Carnet del Funcionario		
Acta de Matrimonio		
Constancia de Concubinato		
Partida de Nacimiento del Funcionario		
Partida de Nacimiento de los Hijos		

Nombre y Apellido del Analista de RRHH _____

Firma: _____