

SOLICITUD DE SERVICIOS							
1- FECHA DE SOLICITUD:				2- FECHA DEL SINIESTRO:			
3- DATOS DEL TRABAJADOR TITULAR:							
3.1- NOMBRE(S) Y APELLIDO (S)						3.2- N° CÉDULA DE IDENTIDAD:	
3.3- FECHA DE NACIMIENTO:		3.4- EDAD:	3.5- GÉNERO:	3.6- N° TELÉFONO CÉLULAR:		3.7- TELÉFONO HABITACIÓN:	
			M: ☐ F: ☐				
3.8- DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:						3.9- CORREO ELECTRÓNICO:	
3.10- ÓRGANO O ENTE DE ADSCRIPCIÓN:		CORPOELEC ☐	ARACOI ☐	FASMEE ☐	FUNDELEC ☐	SERDERCO ☐	CORPOELEC INDUSTRIAL ☐
		MPPEE ☐	PROCEDATOS ☐	FUNSASEN ☐	EDC NETWORK ☐	FIDELZ ☐	ASOELEC ☐
3.11- ESTADO:		3.12- MUNICIPIO:	3.13-PARROQUIA:	3.14- DIRECCIÓN DE LUGAR DE TRABAJO:		3.15- OFICINA / GERENCIA:	
3.16- CONDICIÓN:		EMPLEADO ☐	OBRERO ☐	CONTRATADO ☐	JUBILADO ☐	PENSIONADO ☐	
4- DATOS DEL BENEFICIARIO:							
4.1- NOMBRE(S) Y APELLIDO (S)						4.2- N° CÉDULA DE IDENTIDAD:	
4.3- FECHA DE NACIMIENTO:				4.4- EDAD:	4.5- GÉNERO:	4.6- PARENTESCO:	
					M: ☐ F: ☐		
4.7- DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:				4.8- ESTADO:		4.9- MUNICIPIO:	4.10- PARROQUIA:
4.11- N° TELÉFONO CÉLULAR:		4.12- N° TELÉFONO DE HABITACIÓN:			4.13- CORREO ELECTRÓNICO:		
5- TIPO DE SOLICITUD:							
CONSULTA MÉDICA ☐		INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ☐		MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS ☐		OFTALMOLOGÍA ☐	
LABORATORIO ☐		HOSPITALIZACIÓN ☐		CATETERISMO CARDÍACO ☐		ODONTOLOGÍA ☐	
IMAGENOLOGÍA ☐		AMBULANCIA ☐		MARCAPASOS ☐		ONCOLOGÍA ☐	
MEDICAMENTOS ☐		INSUMOS MÉDICOS ☐		MATERNIDAD ☐		FISIATRÍA Y REHABILITACIÓN ☐	
ESTUDIOS ESPECIALES Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS ☐				OTROS:			
6- MOTIVO DE LA SOLICITUD:							
6.1- DIAGNÓSTICO (DX):							
7- DATOS DEL CIUDADANO QUE LLENA LA PLANILLA:							
7.1- SOLICITADO POR: NOMBRE(S) Y APELLIDO(S)		7.2- N° DE CÉDULA:	7.3- PARENTESCO:	7.4- N° DE TELÉFONO:	7.5- FIRMA:	7.6- HUELLA:	
8- SOLO PARA USO DEL FASMEE							
8.1- REQUISITOS:				8.2- RECAUDOS A RECIBIR SEGÚN LA SOLICITUD:			
8.1.1 DOCUMENTOS SI ☐ NO ☐				8.2.1- CONSULTA MÉDICA			
1.- Fotocopia de Cédula de Identidad del Titular		☐		Informe Médico ☐		Informe Médico ☐	
2.- Fotocopia de Carnet Institucional y/o Constancia de Trabajo		☐		Referencia Médica ☐		Orden Médica Qx. ☐	
3.- Fotocopia de Cédula de Identidad del Beneficiario		☐		Soportes Médicos Diagnósticos ☐		Soportes Médicos Diagnóstico ☐	
4.- Partida de Nacimiento (Según sea el caso, Pronunciamiento del Tribunal, Custodia y/o Tutelaje)		☐		Soportes Médicos Diagnósticos (Si Aplica). ☐		Soportes Médicos Diagnósticos (Si Aplica). ☐	
5.- Partida de Nacimiento del Titular		☐				Lista de Insumos ☐	
8.3- OBSERVACIONES:				8.2.6- OTROS:			
				8.4- RECIBIDO POR: NOMBRE Y APELLIDO:			
				8.5- FIRMA:			
				8.6- FECHA:			
				8.7- ORIGEN DE LA PLANILLA:			
				8.8- N° DE CONTROL:			

FORMA: GGAIS-00-001/2025



@fasmeevzla

El Rosal
Av. Tamanaco, Edificio Corpoelec, Piso PB OF 3 Urb. El Rosal,
Chacao, Miranda, Zona Postal 1060



INSTRUCTIVO DE LA PLANILLA DE SOLICITUD DE SERVICIOS

Para garantizar en el corto plazo la atención, el llenado de la planilla es de carácter obligatorio, así como la consignación completa de todos los recaudos.

A continuación, se detallan y describen cada campo a llenar en la planilla.

- 1.- **Fecha de solicitud:** coloque el día, mes y año en que elabora la solicitud, en formato dd/mm/aaa.
- 2.- **Fecha del Siniestro:** coloque el día, mes y año en que ocurrió el Siniestro, en formato dd/mm/aaa.
- 3.- **Datos del Trabajador Titular:**
 - 3.1. Coloque en letra legible y clara los nombres y apellidos del trabajador titular.
 - 3.2. Indique el número de Cédula de Identidad del trabajador Titular.
 - 3.3. Indique la fecha de nacimiento del trabajador Titular en formato dd/mm/aaa.
 - 3.4. Coloque la edad del trabajador titular.
 - 3.5. Marque con una X el género del trabajador titular.
 - 3.6. Coloque el número del teléfono celular de contacto directo con el trabajador titular.
 - 3.7. Coloque el número de teléfono residencial del trabajador titular.
 - 3.8. Indique la dirección residencial exacta del trabajador titular.
 - 3.9. Coloque el Correo Electrónico personal del trabajador titular.
 - 3.10. Seleccione con una X el Órgano o Ente donde trabaja el Titular. De no estar identificado en la Planilla marque el campo donde dice Otro.
 - 3.11. Mencione el Estado correspondiente a la Dirección del trabajador titular.
 - 3.12. Mencione el Municipio correspondiente a la Dirección del trabajador titular.
 - 3.13. Mencione la Parroquia correspondiente a la Dirección del trabajador titular.
 - 3.14. Mencione la Dirección del Órgano o Ente donde labora el titular.
 - 3.15. Identifique la Oficina o Gerencia donde se encuentra adscrito el trabajador titular.
 - 3.16. Marque con una X la condición del trabajador titular.
- 4.- **Datos del Beneficiario:**
 - 4.1. Coloque en letra legible y clara los nombres y apellidos del Beneficiario.
 - 4.2. Indique el número de Cédula de Identidad del Beneficiario.
 - 4.3. Indique la fecha de nacimiento del Beneficiario en formato dd/mm/aaa.
 - 4.4. Coloque la edad del Beneficiario.
 - 4.5. Marque con una X el género del Beneficiario.
 - 4.6. Coloque el parentesco del Beneficiario con el trabajador titular.
 - 4.7. Indique la dirección residencial exacta del Beneficiario.
 - 4.8. Mencione el Estado correspondiente a la Dirección del Beneficiario.
 - 4.9. Mencione el Municipio correspondiente a la Dirección del Beneficiario.
 - 4.10. Mencione la Parroquia correspondiente a la Dirección del Beneficiario.
 - 4.11. Coloque el número del teléfono celular de contacto directo con el Beneficiario.
 - 4.12. Coloque el número de teléfono residencial del Beneficiario.
 - 4.13. Coloque el Correo Electrónico personal del Beneficiario.
- 5.- **Tipo de Solicitud:**

Marque con una X el tipo de Solicitud de Servicio que requiere. De no estar identificado en la Planilla marque el campo donde dice Otro.
- 6.- **Motivo de la Solicitud:**
 - 6.1. Indique en letra clara y legible el Diagnóstico por el cual solicita el servicio.
- 7.- **Datos del Ciudadano que llena la Planilla:**
 - 7.1. Coloque en letra legible y clara los nombres y apellidos del ciudadano que llena la planilla.
 - 7.2. Indique el número de Cédula de Identidad del ciudadano que llena la planilla.
 - 7.3. Indique el parentesco del ciudadano que llena la planilla con el Beneficiario del servicio solicitado.
 - 7.4. Coloque el número del teléfono celular del ciudadano que llena la planilla.
 - 7.5. El ciudadano que llena la planilla debe la firmar la Planilla de Solicitud.
 - 7.6. El ciudadano que llena la planilla debe colocar la huella dactilar en la Planilla de Solicitud.
- 8.- **Solo para Uso de FASME:**
 - 8.1. Identifique con una X si el Titular o Beneficiario consigna documentos.
 - 8.1. Marque con una X los Requisitos consignados por el Titular o Beneficiario.
 - 8.2. Marque con una X los Recaudos consignados por el Titular o Beneficiario según la solicitud de Servicio efectuada en la planilla. De no estar identificado en la Planilla marque en Otro.
 - 8.3. Coloque las observaciones relevantes correspondientes a la solicitud recibida.
 - 8.4. Coloque en letra legible y clara el nombre del funcionario de FASME que recibe la solicitud, requisitos y recaudos.
 - 8.5. El funcionario de FASME que recibe la planilla de solicitud debe firmarla.
 - 8.6. El funcionario de FASME que recibe la planilla de solicitud debe colocar la fecha correspondiente al día que recibe la planilla, en formato dd/mm/aa.
 - 8.7. Mencione la vía (Call Center, WhatsApp, Correo Electrónico, Oficio, Presidencial u otros) de donde proviene la planilla.
 - 8.8. Asignar un número correspondiente a las entradas del día, de manera correlativa.



@fasmeevzla



El Rosal
Av. Tamanaco, Edificio Corpoelc, Piso PB OF 1 Urb. El Rosal,
Chacao, Miranda, Zona Postal 1060.