

## ACTUALIZACIÓN DE DATOS DEL AFILIADO Y REGISTRO DE BENEFICIARIOS

1. Fecha		
Día	Mes	Año

2. DATOS DEL AFILIADO				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Nº Cédula de Identidad	Sexo	Fecha Nacimiento	Estado Civil	
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión Estab. de Hecho	

Dirección de Habitación:				
Estado:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:	
Correo Electrónico:	Teléfono Celular: Cód. Área:	Teléfono Habitación: Cód. Área:	Teléfono Trabajo: Cód. Área:	

3. DATOS ADMINISTRATIVOS	
Fecha de Ingreso:	Organismo del cual depende:
	<input type="checkbox"/> IPASME <input type="checkbox"/> M.P.P.E <input type="checkbox"/> Gobernación <input type="checkbox"/> Alcaldía <input type="checkbox"/> Instituto / Universidades Territoriales <input type="checkbox"/> Otros: _____
Tipo de Cargo:	Condición del Empleo:
<input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Asistencial <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Obrero	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Pensionado

4. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS					
Apellidos y Nombres	Nº Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Parentesco
	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyugue <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo(a)
	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyugue <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo(a)
	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyugue <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo(a)
	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyugue <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo(a)
	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyugue <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo(a)

5. La Distribución de los beneficios por fallecimiento del Afiliados se efectuaran de acuerdo a lo establecido en la Declaración Herederos Únicos y Universales.

Nº	Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Parentesco	%
1				
2				
3				

Declaro que los datos suministrados son fidedignos, y estoy en conocimiento que cualquier falta o falsedad en los mismos involucra sanciones o la no aceptación del registro.	6. Firma del Afiliado

7. SOLO PARA SER LLENADO POR LA UNIDAD RECEPTORA			
Funcionario Receptor	Unidad IPASME	Revisado por:	Observaciones
Apellido y Nombre:		Apellido y Nombre:	
Firma:	Sello	Firma:	
Fecha:		Fecha:	