

FE DE VIDA
Pensión de Sobreviviente

Fecha: _____

DATOS DEL FUNCIONARIO FALLECIDO

Apellidos y Nombres: _____

Nº de Cédula: _____ Rango: _____

PADRE __	MADRE __	VIUDO(A) __	HIJO(A) __
----------	----------	-------------	------------

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos y Nombres: _____

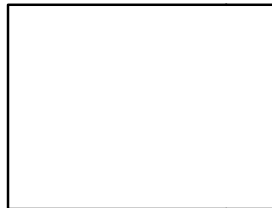
Nº de Cédula: _____ Dirección: _____

Teléfono Hab: _____ Cel: _____

Correo Electrónico: _____

Firma del Beneficiario: _____

Impresiones Digitales del Beneficiario:



Pulgar Derecho



Índice Derecho

Anexar: Fotocopia de la Cédula de Identidad ò Fotocopia de la Partida de Nacimiento del niño(a)