

## PLANILLA INTEGRAL DEL TRABAJADOR UNIVERSITARIO FALLECIDO

Fecha

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR (A)

Apellidos y Nombres :		Cédula:
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	
Fecha de Fallecimiento:	Fallecio en Actividades propias de la Univesidad: Si___ No__	
Especifique:		

### DATOS LABORALES

Condición: <input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	
Tipo de Personal: <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/>	
Cargo Nominal:	Nivel / Categoría:
Fecha de Jubilación o Pensión:	N° de Resolución CD:
Vice-rectorado:	Programa/Unidad de Adscripción:
Municipio:	Ambiente:

### DATOS DEL SOBREVIVIENTE

#### Sobreviviente 1

Apellidos y Nombres :		Cédula:
Dirección Residencia :		
Correo:	Teléfono de Casa:	Celular :
Parentesco con el Fallecido: Esposo (a) ___ Concubino (a) ___ Hijo (a) ___ Madre ___ Padre ___		Sexo: F ___ M ___
Estado Civil: Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo ___	Fecha de Nacimiento:	
Posee una Discapacidad: Si ___ No ___	Indique código CONAPDIS:	
Especifique Discapacidad:		
Estudia: Si ___ No ___ Nivel/ Grado ___ Institución		
N° de Cuenta (20 dígitos):	Entidad Bancaria	
Nombre del Titular de la Cuenta:	Cédula de Identidad:	

#### En caso de ser Menor de Edad especifique datos del Representante Legal:

Apellidos y Nombres:		Cédula:
Dirección Residencia :		
Correo:	Teléfono de Casa:	Celular :
Parentesco con el Fallecido: Madre ___ Padre ___ Abuelo (a) ___ Hermano(a) ___		
Otro, especifique:		

## PLANILLA INTEGRAL DEL TRABAJADOR UNIVERSITARIO FALLECIDO

### Sobreviviente 2

Apellidos y Nombres :		Cédula de Identidad:	
Dirección de Residencia :			
Correo:	Teléfono de Casa:	Celular :	
Parentesco con el Fallecido: Esposo (a) _____ Concubino (a) _____ Hijo (a) _____ Madre _____ Padre _____		Sexo: F _____ M _____	
Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Unión Libre _____ Separado _____ Viudo _____		Fecha de Nacimiento:	
Posee una Discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Indique código CONAPDIS:	
Especifique Discapacidad:			
Estudia: Si _____ No _____ Nivel/ Grado _____ Institución _____			
N° de Cuenta (20 dígitos):		Entidad Bancaria	
Nombre del Titular de la Cuenta:		Cédula de Identidad:	

### En caso de ser Menor de Edad especifique datos del Representante Legal:

Apellidos y Nombres:		Cédula de Identidad:	
Dirección de Residencia :			
Correo:	Teléfono de Casa:	Celular :	
Parentesco con el Fallecido: Madre _____ Padre _____ Abuelo (a) _____ Hermano(a) _____ Otro, especifique: _____			

### Sobreviviente 3

Apellidos y Nombres :		Cédula de Identidad:	
Dirección de Residencia :			
Correo:	Teléfono de Casa:	Celular :	
Parentesco con el Fallecido: Esposo (a) _____ Concubino (a) _____ Hijo (a) _____ Madre _____ Padre _____		Sexo: F _____ M _____	
Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Unión Libre _____ Separado _____ Viudo _____		Fecha de Nacimiento:	
Posee una Discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Indique código CONAPDIS:	
Especifique Discapacidad:			
Estudia: Si _____ No _____ Nivel/ Grado _____ Institución _____			
N° de Cuenta (20 dígitos):		Entidad Bancaria	
Nombre del Titular de la Cuenta:		Cédula de Identidad:	

### En caso de ser Menor de Edad especifique datos del Representante Legal:

Apellidos y Nombres:		Cédula de Identidad:	
Dirección de Residencia :			
Correo:	Teléfono de Casa:	Celular :	
Parentesco con el Fallecido: Madre _____ Padre _____ Abuelo (a) _____ Hermano(a) _____ Otro, especifique: _____			

### Sobreviviente 4

Apellidos y Nombres :		Cédula de Identidad:	
Dirección de Residencia :			
Correo:	Teléfono de Casa:	Celular :	
Parentesco con el Fallecido: Esposo (a) _____ Concubino (a) _____ Hijo (a) _____ Madre _____ Padre _____		Sexo: F _____ M _____	
Estado Civil: Soltero _____ Casado _____ Unión Libre _____ Separado _____ Viudo _____		Fecha de Nacimiento:	
Posee una Discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Indique código CONAPDIS:	
Especifique Discapacidad:			
Estudia: Si _____ No _____ Nivel/ Grado _____ Institución _____			
N° de Cuenta (20 dígitos):		Entidad Bancaria	
Nombre del Titular de la Cuenta:		Cédula de Identidad:	

### En caso de ser Menor de Edad especifique datos del Representante Legal:

Apellidos y Nombres:		Cédula de Identidad:	
Dirección de Residencia :			
Correo:	Teléfono de Casa:	Celular :	
Parentesco con el Fallecido: Madre _____ Padre _____ Abuelo (a) _____ Hermano(a) _____ Otro, especifique: _____			

### PLANILLA INTEGRAL DEL TRABAJADOR UNIVERSITARIO FALLECIDO

#### CARGA FAMILIAR DEL TRABAJADOR (A)

No.	Nombre	Apellido	Discapacidad		Parentesco	Fecha Nacimiento			Edad	Nivel Educativo			
			SI	NO		Día	Mes	Año		Escolar	Primaria	Secundaria	Universidad
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													

Indique la Discapacidad:

En caso de ser padre/madre en común que laboran en la UNELLEZ, indique datos del padre/madre:

Cedula: \_\_\_\_\_ Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

#### BENEFICIOS QUE TIENE EL TRABAJADOR (A)

Beneficio	Requisitos Entregados	Si lo percibe	No lo percibe	Solicita el Beneficio
Centro de Educación Inicial / Ayuda por Guardería	Constancia de Inscripción . Factura Original a nombre de la UNELLEZ. Nombre del banco y número de cuenta del Centro Educativo. Acta de Registro Mercantil del Centro Educativo. Inscripción ante el Ministerio de Educación.			
Becas y Útiles Escolares	Constancia de Inscripción o de estudio			
Ayuda por Lentes y Cristales	Factura original a nombre del titular. Informe Medico. Formula oftalmológica indicada.			
HCM	Planilla de HCM con soporte según sea el caso de la Inclusión, Exclusión o Indemnización			

Observaciones:

La anterior información es solicitada con el fin de actualizar nuestros registros de Personal. Por la importancia de estos datos, requerimos que éste formato sea llenado con letra imprenta legible.

Para validar la información y tener la garantía que es verídica se deben anexar soportes probatorios. Igualmente el trabajador (a) se compromete a actualizar esta información en el momento en que se presente algún cambio y su compromiso en que todos los datos suministrados son fidedignos y apegados a la realidad.

Firma del Sobreviviente \_\_\_\_\_