



POLICIA NACIONAL

FORMATO DE CARNETIZACION

Código

Fecha

Version

INFORMACION DEL AFILIADO

FECHA ELABORACION: DIA ____ MES ____ AÑO ____

GRADO:		ACTIVO <input type="checkbox"/>	CASUR <input type="checkbox"/>	CAGEN <input type="checkbox"/>	OTRO (cual) <input type="checkbox"/>
NO. IDENTIFICACION			UNIDAD DONDE LABORA : (PERSONAL ACTIVO)		
APELLIDOS			NOMBRES		
ACTIVIDAD ACTUAL :			PROFESION:		
SI ES RETIRADO INDICAR LA FECHA DE RETIRO		DIA	MES	AÑO	CAUSAL RETIRO:
FECHA Y No. DE RESOLUCION O DECRETO DE RETIRO:					
DIRECCION DOMICILIO:				BARRIO:	
CIUDAD:		TELEFONO:		TIEMPO EN PONAL:	
CORREO ELECTRONICO:				CELULAR:	
DIRECCION OFICINA:				CIUDAD:	
FECHA NACIMIENTO		DIA:	MES:	AÑO:	LUGAR DE NACIMIENTO:
ESTADO CIVIL:			GRUPO SANGUINEO ____ RH ____		ALERGICO A:
PASATIEMPOS Y ACTIVIDADES FAVORITAS:					
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:					TELEFONO:
PARA USO EXCLUSIVO DE CESOF				ENTREGADO CARNE : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

fecha

Recibí Nombre completo:

firma:

INFORMACION DE LOS BENEFICIARIOS

Son beneficiarios: el cónyuge o compañero permanente, los hijos hasta la edad de 25 años siempre y cuando sean solteros y dependan económicamente del afiliado, o aquellos hijos mayores que se encuentren discapacitados en forma permanente, en ambos casos se deberá presentar constancia. Para los afiliados solteros los beneficiarios serán los padres. (Resolución No.01928 del 22 de junio de 2010)

CONYUGE <input type="checkbox"/>		COMPAÑERA(O) <input type="checkbox"/>		PADRE <input type="checkbox"/>		MADRE <input type="checkbox"/>		BENEFICIARIO POR SUSTITUCION <input type="checkbox"/>		HIJO <input type="checkbox"/>	
NO. IDENTIFICACION				PROFESION, OCUPACION U OFICIO:							
APELLIDOS				NOMBRES:							
FECHA NACIMIENTO		DIA	MES	AÑO	LUGAR			EDAD			
ESTADO CIVIL:				GRUPO SANGUINEO ____ RH ____				ALERGICO A:			
EMPRESA DONDE TRABAJA:											
DIRECCION DOMICILIO:						BARRIO:					
CIUDAD:				TELEFONO:							
CORREO ELECTRONICO:						CELULAR:					
SI ES BENEFICIARIO POR SUSTITUCION LLENAR ESTE CAMPO : GRADO DEL TITULAR:											
NOMBRE DEL TITULAR:						CEDULA DEL TITULAR:					
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:									TELEFONO:		
PARA USO EXCLUSIVO DE CESOF						ENTREGADO CARNE : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

fecha

recibí, nombre completo

firma:

ESTE FORMATO DEBE LLENARSE EN LETRA CLARA Y LEGIBLE. LA INFORMACION CONTENIDA SERA CORROBORADA CON EL SISTEMA DE INFORMACION PARA EL TALENTO HUMANO (SIATH) Y LAS BASES DE DATOS DE LA CAJA DE SUELDOS DE RETIRO (CASUR) Y LA CAJA GENERAL (CAGEN) EN EL CASO QUE LOS DOS CONYUGES SEAN AFILIADOS, SOLO UNO DEBERA RELACIONAR LOS BENEFICIARIOS.



POLICIA NACIONAL

ANEXO No.

FORMATO DE CARNETIZACION

código

Fecha

Version

INFORMACION BENEFICIARIOS

CONYUGE COMPAÑERA(O) PADRE MADRE BENEFICIARIO POR SUSTITUCION HIJO

NO. IDENTIFICACION _____ PROFESION, OCUPACION U OFICIO: _____
 APELLIDOS _____ NOMBRES: _____
 FECHA NACIMIENTO _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ LUGAR _____ EDAD _____
 EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
 DIRECCION DOMICILIO: _____ BARRIO: _____
 CIUDAD: _____ TELEFONO: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____ CELULAR: _____
 ESTADO CIVIL: _____ GRUPO SANGUINEO _____ RH _____ ALERGICO A: _____
 EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____ TELEFONO: _____
 PARA USO EXCLUSIVO DE CESOF ENTREGADO CARNE : SI NO

fecha

recibi, Nombre completo

firma:

CONYUGE COMPAÑERA(O) PADRE MADRE BENEFICIARIO POR SUSTITUCION HIJO

NO. IDENTIFICACION _____ PROFESION, OCUPACION U OFICIO: _____
 APELLIDOS _____ NOMBRES: _____
 FECHA NACIMIENTO _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ LUGAR _____ EDAD _____
 EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
 DIRECCION DOMICILIO: _____ BARRIO: _____
 CIUDAD: _____ TELEFONO: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____ CELULAR: _____
 ESTADO CIVIL: _____ GRUPO SANGUINEO _____ RH _____ ALERGICO A: _____
 EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____ TELEFONO: _____
 PARA USO EXCLUSIVO DE CESOF ENTREGADO CARNE : SI NO

fecha

recibi, Nombre completo

firma:

CONYUGE COMPAÑERA(O) PADRE MADRE BENEFICIARIO POR SUSTITUCION HIJO

NO. IDENTIFICACION _____ PROFESION, OCUPACION U OFICIO: _____
 APELLIDOS _____ NOMBRES: _____
 FECHA NACIMIENTO _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ LUGAR _____ EDAD _____
 EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
 DIRECCION DOMICILIO: _____ BARRIO: _____
 CIUDAD: _____ TELEFONO: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____ CELULAR: _____
 ESTADO CIVIL: _____ GRUPO SANGUINEO _____ RH _____ ALERGICO A: _____
 EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____ TELEFONO: _____
 PARA USO EXCLUSIVO DE CESOF ENTREGADO CARNE : SI NO

fecha

recibi, Nombre completo

firma:

ELABORO: TC. FABIOLA BEJARANO CHAVEZ JEFE AREA RECREACION Y DEPORTES FECHA: _____	REVISO: CR. RODRIGO GONZALEZ HERERA DIRECTOR DE BIENESTAR SOCIAL FECHA: _____	APROBO: BG. JORGE HERNANDO NIETO ROJAS DIRECTOR TALENTO HUMANO FECHA: _____
---	---	---