REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL POLITÉCNICA
"ANTONIO JOSÉ DE SUCRE"

FOTO

FORMATO PARA CENSO DEL PROGRAMA AYUDAS ESPECIALES PARA TRATAMIENTOS CORRECTIVOS, PARA LOS TRABAJADORES Y LAS TRABAJADORAS DE LA UNIVERSIDAD

INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDOS:	NOMBRES:
CÉDULA DE IDENTIDAD: V ◯ E ◯	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:	
TELÉFONO DE HABITACIÓN:	TELÉFONO CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:	
EN CASO DE EMERGENCIA, PERSONA DE CONTACTO (FAMILIAR): APELLIDO Y NOMBRE:	
TELÉFONO DE HABITACIÓN:	TELÉFONO CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:	

INFORMACIÓN BANCARIA DEL TRABAJADOR O LA TRABAJADORA

BANCO: NÚMERO DE CUENTA: TIPO:

UBICACIÓN LABORAL DEL TRABAJADOR O LA TRABAJADORA

UBICACIÓN ADMINISTRATIVA: DOCENTE: ◯ ADMINISTRATIVO: ◯ OBRERO: ◯ INDIQUE UNIDAD:

RECTORADO: ◯ **VICERRECTORADOS:** BARQUISIMETO: ◯ PUERTO ORDAZ: ◯ CARACAS: ◯

NÚCLEO AL CUAL PERTENECE: CARORA: ◯ GUARENAS: ◯ CHARALLAVE: ◯

TRATAMIENTO CORRECTIVO (LENTES)

LENTES: SI: ◯ NO: ◯ MONTURA: ◯ DE CONTACTO: ◯

TIPO DE FÓRMULA OFTALMOLÓGICA:

INDIQUE MONTO DE FACTURA (Bs.:)

TRATAMIENTO CORRECTIVO (ODONTOLOGÍA)

CONSULTA: ◯ LIMPIEZA: ◯ TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO: ◯

INDIQUE MONTO DE FACTURA (Bs.:)

CONTROL INTERNO (SOLO PARA SER LLENADO POR LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y TESORERÍA)

FECHA DE RECEPCIÓN (DD/MM/AAAA): FECHA DE PROCESADO (DD/MM/AAAA):

FECHA DE EMISIÓN DE PAGO (DD/MM/AAAA):

OBSERVACIONES:

REVISADO POR:

NOTA: FAVOR ANEXAR ORDEN MÉDICA, RÉCIPES CON FÓRMULA Y FACTURAS ORIGINALES