FIDUPREVISORA S.A.
FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA
FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

Fecha de Diligenciamiento

ENTIDAD TERRITORIAL QUE AFILIA **DEPARTAMENTO**

DATOS PERSONALES

Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

Tipo de Documento: C.C. C.E. Número

Nacionalidad: Colombiano Extranjero País:

Libreta Militar: Primera Clase Segunda Clase D. M. Número

Sexo : M F Estado Civil: Correo electrónico

Lugar y Fecha de nacimiento: Ciudad Fecha

Ubicación Residencia: Ciudad Departamento

Dirección Tel. Celular

FORMACIÓN ACADÉMICA

Educación básica y media										
Primaria					Secundaria				Media	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Título Obtenido:

Fecha de grado: Mes Año

Educación Superior

Modalidad Académica	No. Semestres aprobados	Graduado		Nombre de los estudios o título obtenido	Terminación		No. Tarjeta profesional
		Si	No		Mes	Año	

INSCRIPCION A SERVICIOS DE SALUD

REGIONES POR DEPARTAMENTOS	CONTRATISTAS MÉDICOS	
	MÉDICOS ASOCIADOS	U.T. DEL NORTE

Identificación de Beneficiarios de Servicios de Salud

Número de Identificación	tipo de documento	Nombres Completos Beneficiarios			Sexo		Estado Civil	Parentesco			Fecha Nacimiento				
		1er Apellido	2do Apellido	Nombres	F	M		Cónyuge	Compañero (a)	Padre o Madre	Hijo inválido S	Hijo inválido N	Día	Mes	Año
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															