



GOBERNACIÓN DE
Boyacá

FORMATO

VERSIÓN: 0

CODIGO: ED-P42-F01

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA POSESIÓN

FECHA: 09/May/2018

Apellidos y nombres del servidor público:				
Cédula de ciudadanía del servidor público:	Número:		De:	
Fecha de presentación de la información:				

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

1. CONYUGUE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN						OBSERVACIONES
Apellidos y nombres						
Cédula de ciudadanía	Número:		Lugar:			
Lugar y fecha de nacimiento	Lugar:		Fecha:	D	M	A
Grupo sanguíneo						
Dirección correspondencia						
Teléfono						
Correo electrónico						
Actividad laboral (último empleo)						
Entidad						
Fecha vinculación						
Fecha terminación						
EPS						
Fondo de pensiones						
Fondo de cesantías						
ARP						
Si no esta vinculado laboralmente, describa la forma de atención en salud						

2. HIJOS (INICIAR POR EL MAYOR) : Si requiere relacionar más hijos dependientes, deberá tomar fotocopia de la hoja No.2 y anexarla.

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN						OBSERVACIONES
Apellidos y nombres						
C.C. -T.I. - Registro civil	Número:		Lugar:			
Lugar y fecha de nacimiento	Lugar:		Fecha:	D	M	A
Grupo Sanguineo						
Dirección correspondencia						
Teléfono						
Correo electrónico						
Atención en salud						
Recibe subsidio familiar						



FORMATO

VERSIÓN: 0

CODIGO:ED-P42-F01

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA POSESIÓN

FECHA: 09/May/2018

Apellidos y nombres del servidor público:				
Cédula de ciudadanía del servidor público:	Número:		De:	
Fecha de presentación de la información:				

2. HIJOS (INICIAR POR EL MAYOR) : Si requiere relacionar más hijos dependientes, deberá tomar fotocopia de la hoja No.2 y anexarla.

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN						OBSERVACIONES
Apellidos y nombres						
C.C. -T.I. - Registro civil	Número:		Lugar:			
Lugar y fecha de nacimiento	Lugar:		Fecha:	D	M	A
Grupo Sanguineo						
Dirección correspondencia						
Teléfono						
Correo electrónico						
Atención en salud						
Recibe subsidio familiar						

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN						OBSERVACIONES
Apellidos y nombres						
C.C. -T.I. - Registro civil	Número:		Lugar:			
Lugar y fecha de nacimiento	Lugar:		Fecha:	D	M	A
Grupo Sanguineo						
Dirección correspondencia						
Teléfono						
Correo electrónico						
Atención en salud						
Recibe subsidio familiar						

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN						OBSERVACIONES
Apellidos y nombres						
C.C. -T.I. - Registro civil	Número:		Lugar:			
Lugar y fecha de nacimiento	Lugar:		Fecha:	D	M	A
Grupo Sanguineo						
Dirección correspondencia						
Teléfono						
Correo electrónico						
Atención en salud						
Recibe subsidio familiar						



FORMATO

VERSIÓN: 0
CODIGO: ED-P42-F01
FECHA: 09/May/2018

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA POSESIÓN

Apellidos y nombres del servidor público:				
Cédula de ciudadanía del servidor público:	Número:		De:	
Fecha de presentación de la información:				

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN						OBSERVACIONES	
Apellidos y nombres madre							
Cédula de ciudadanía	Número:		Lugar:				
Lugar y fecha de nacimiento	Lugar:		Fecha:	D	M	A	
Grupo Sanguineo							
Dirección correspondencia							
Teléfono							
Correo electrónico							
Atención en salud							
Recibe subsidio familiar							

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN						OBSERVACIONES	
Apellidos y nombres padre							
Cédula de ciudadanía	Número:		Lugar:				
Lugar y fecha de nacimiento	Lugar:		Fecha:	D	M	A	
Grupo Sanguineo							
Dirección correspondencia							
Teléfono							
Correo electrónico							
Atención en salud							
Recibe subsidio familiar							



FORMATO

VERSIÓN: 0
CODIGO: ED-P42-F01
FECHA: 09/May/2018

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA POSESIÓN

Apellidos y nombres del servidor público:				
Cédula de ciudadanía del servidor público:	Número:		De:	
Fecha de presentación de la información:				

3. OTROS

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN	OBSERVACIONES
Apellidos y nombres	
Cédula de ciudadanía	Número: Lugar:
Lugar y fecha de nacimiento	Lugar: Fecha: D M A
Grupo Sanguineo	
Dirección correspondencia	
Teléfono	
Correo electrónico	
Atención en salud	
Recibe subsidio familiar	

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN	OBSERVACIONES
Apellidos y nombres	
Cédula de ciudadanía	Número: Lugar:
Lugar y fecha de nacimiento	Lugar: Fecha: D M A
Grupo Sanguineo	
Dirección correspondencia	
Teléfono	
Correo electrónico	
Atención en salud	
Recibe subsidio familiar	

Nombre Servidor Público

Firma del Servidor Público