

**CONSTANCIA DE FE DE VIDA
PERSONAL JUBILADO Y PENSIONADO**

El (La) Suscrito _____, ADMINISTRADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA, hace constar que ante este despacho se hizo presente el (la) ciudadano(a):

mayor de edad, de Nacionalidad: _____, Titular de la Cédula de Identidad N°: _____ jurídicamente hábil Domiciliado (a) en esta ciudad, específicamente en:

Quien vino expresamente a dejar constancia de FE DE VIDA a los efectos administrativos para lo que le es solicitada por la administración central de la Universidad de Los Andes.

Constancia que se expide a solicitud de parte interesada, en la ciudad de Mérida a los _____ días del mes de _____ del año _____

Se anexa a la presente, fotocopia de la Cédula de Identidad del mencionado Trabajador Universitario Jubilado o Pensionado.

FIRMA DEL JUBILADO Y/O PENSIONADO
CÉDULA DE IDENTIDAD:

FIRMA DEL ADMINISTRADOR

Nota: Quien suscribe, declaro bajo fe de juramento que la información que en este acto hago constar fue suministrada en presencia del trabajador, y que la misma es fiel y fidedigna, por lo que reconozco la responsabilidad por los daños patrimoniales que ésta pueda ocasionar a la Institución por causa de datos falsos, errores u omisiones en su contenido

Fecha de Impresión