

	FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO	Fecha actualización: Enero 15 de 2020	
		Código: F-PM-HC-6	Versión: 1
		Página 1 de 1	

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO

Fecha de diligenciamiento		
DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres: _____ Apellidos: _____
 Documento de identidad: Tipo: RC. ____ TI. ____ CC. ____ Otro: ____ N° _____
 Edad: ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de nacimiento: _____
 Diagnóstico: _____ Grupo sanguíneo: _____ (RH): _____
 EPS: _____ Caja de compensación familiar _____
 Dirección: _____ Barrio: _____ Municipio: _____
 Estrato: _____ N° de teléfono celular del Beneficiario: _____
 En caso de haber estudiado, último grado escolar cursado: _____ Institución: _____
 Nombre de quien realiza la matrícula: _____ Relación o parentesco: _____
 Pagador: _____ Fecha de ingreso a La Fundación: ____ / ____ / ____
 Requiere tratamiento con medicamentos permanentes: SI ____ NO ____
 Cuáles _____

 Horario en el cual consume los medicamentos: _____

INFORMACION FAMILIAR

Nombre del padre: _____ Identificación: _____
 Dirección: _____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____
 Correo electrónico: _____
 Nombre de la madre: _____ Identificación: _____
 Dirección: _____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____
 Correo electrónico: _____
 Otro dato de contacto (Nombre): _____ Teléfono: _____

Datos de contacto para envío de circulares y otra información institucional de importancia

No. WhatsApp: _____ Receptor de la Información: _____
 Correo Electrónico: _____

Firmo como constancia que autorizo el envío de información a los datos antes reportados tendrán el tratamiento de acuerdo a la ley 1581 de 2012 y decreto 1377 de 2013, teniendo conocimiento que será el medio a utilizar para el manejo de la información institucional general, del grupo al que pertenece mi hijo(a) o familiar y de los centros de interés en los cuales se vincule. Los datos serán incluidos en una base de datos y el uso se efectúa bajo estrictos estándares de responsabilidad y protección de la información. Además, hago constar que los datos suministrados son verídicos y suministrados libremente. Para actualizar mis datos podré escribir al correo electrónico auxiliar@andecol.org

Nombre: _____ Firma: _____
 CC: _____