

Estimado(a) colegiado(a) la información solicitada en este formulario permite que tanto usted como los beneficiarios(as) asignados puedan tener acceso a los beneficios que se encuentran aprobados en el programa de beneficios institucional, es importante mantener periódicamente actualizada la información para la asignación correcta de los beneficios.

☐ Registro por primera vez

☐ Actualización de Beneficiarios

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	Cédula	Fecha de nacimiento
Sexo	Estado Civil	Tel. de habitación	Tel. celular	Tel. de trabajo
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Correo Electrónico			Cód. Profesional	Nacionalidad
Dirección de domicilio:				

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS(AS)

Nombre completo	Número de Cédula	Porcentaje	Parentesco	Tel. de contacto

### OBSERVACIONES ADICIONALES

En caso de ser menor de edad retira: \_\_\_\_\_

En caso de existir un solo beneficiario, retira el fondo: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante	Fecha	Firma funcionario(a) CPPCR	Sello CPPCR
<b>PARA USO INTERNO</b>			
Fecha de incorporación	Número de Sesión de Junta Directiva	Primer mes pago	