



FORMATO SUPERVIVENCIA

	CÉDULA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÓDIGO VERIFICACIÓN EN REGISTRADURÍA
TRABAJADOR						
BENEFICIARIO 1						
BENEFICIARIO 2						
BENEFICIARIO 3						

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	FIRMA	FECHA		
		AÑO	MES	DÍA
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

