

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE APOYO ADMINISTRATIVO**

CONSTANCIA DE FE DE VIDA. PERSONAL JUBILADO Y PENSIONADO

La Suscrita Ec. ISABEL GARCIA, ADMINISTRADORA 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° _____
juridicamente 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