

IPASME

OFICINA DE PERSONAL
DIVISION LABORAL
DPTO. DE BIENESTAR SOCIAL

CONTRIBUCION POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR PERSONAL IPAS-ME (EMPLEADO-OBRAERO)

1. FECHA:
D. | M. | A.

DATOS DEL SOLICITANTE

2. APELLIDOS Y NOMBRES:		3. CEDULA DE IDENTIDAD:	4. FECHA DE INGRESO AL IPASME:
5. DENOMINACION DEL CARGO:		6. DEPENDENCIA DONDE PRESTA SERVICIO:	

DATOS DEL FALLECIDO

7. APELLIDOS Y NOMBRES.		8. CEDULA DE IDENTIDAD.	9. PRESTABA SERVICIO EN EL INSTITUTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10. PARENTESCO: PADRE MADRE CONYUGE CONCUBINO HIJO			11. FECHA DE DEFUNCION:

12.

DOCUMENTOS QUE DEBE CONSIGNAR ANEXO A ESTA SOLICITUD

- ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL ACTA DE DEFUNCION.
- ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO O LEGALIZACION DE CONCUBINATO (SI EL FALLECIDO ES EL CONYUGE O CONCUBINO)
- ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR SI EL FALLECIDO ES LA MADRE O EL PADRE).
- ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL DESCENDIENTE (EN CASO DE FALLECIMIENTO DE HIJO).
- FACTURA EN ORIGINAL DE GASTOS FUNERARIOS, QUE INDIQUE N° DE FACTURA Y N° DEL REGISTRO DE INFORMACION FISCAL (RIF)
- FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE Y DEL FALLECIDO.
- FOTOCOPIA DEL ULTIMO COMPROBANTE DE PAGO DEL SOLICITANTE.

OBSERVACION:

LOS RECAUDOS DEBERAN SER CONSIGNADOS EN UN LAPSO NO MAYOR DE 60 DIAS.
NO SERA PROCESADO EL EXPEDIENTE INCOMPLETO Y SE DEVOLVERA A LA UNIDAD RESPECTIVA.

13. SOLICITADO POR: LUGAR Y FECHA: FIRMA _____	14. RECIBIDO POR: SELLO FIRMA _____	15. DPTO. BIENESTAR SOCIAL: SELLO FIRMA _____
--	---	---

12/12

ORIGINAL BIENESTAR SOCIAL
COPIA N° 1 DEPENDENCIA EMISORA
COPIA N° 2 FUNCIONARIO O TRABAJADOR

WWW.IPASME.GOV.VE