



Ministerio del Poder Popular
para la Educación

IPASME

OFICINA DE RECURSOS
HUMANOS

CONTRIBUCIÓN POR FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR PERSONAL IPASME (EMPLEADO - OBRERO)

F E C H A

D. M. A.

DATOS DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO

| | | |
|----------------------|----------------------|---|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | CEDULA DE IDENTIDAD: | PRESTA SERVICIOS EN EL INSTITUTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|----------------------|----------------------|---|

DATOS DEL FALLECIDO

| | | |
|------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES: | CEDULA DE IDENTIDAD: | FECHA DE DEFUNCION: |
| DEPENDENCIA DONDE PRESTA SERVICIO: | DENOMINACIÓN DEL CARGO: | FECHA DE INGRESO AL IPASME: |

P A R E N T E S C O

PADRE _____ MADRE _____ CONYUGE _____ CONCUBINO _____ HIJO _____ OTROS _____

DOCUMENTOS QUE DEBE CONSIGNAR ANEXO A ESTA SOLICITUD

- ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL TITULO DE UNICOS Y UNIVERSALES HEREDEROS
- FACTURA EN ORIGINAL DE GASTOS FUNERARIOS, QUE INDIQUEN N° DE FACTURA Y N° DEL REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL (R.I.F)
- ORIGINAL Y FOTOCOPIA DE PODER NOTARIADO (EN CASO DE EXISTIR MAS DE UN HEREDERO)
- FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD DEL FALLECIDO Y EL BENEFICIARIO
- FOTOCOPIA DEL ULTIMO RECIBO DE PAGO DEL FALLECIDO.

OBSERVACIÓN:

LA SOLICITUD DEBERA CONSIGNARSE CONJUNTAMENTE CON LOS RECAUDOS EN UN LAPSO NO MAYOR DE NOVENTA (90) DIAS HABILAS CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DEL FALLECIMIENTO.

| | | |
|-----------------|---------------|-------------------------|
| SOLICITADO POR: | RECIBIDO POR: | DPTO. BIENESTAR SOCIAL: |
| _____ | SELLO | SELLO |
| FIRMA _____ | FIRMA _____ | FIRMA _____ |

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

WWW.IPASME.GOV.VE