

____/____/____
Fecha

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN/COMPENSACIÓN

Señor

Presente

De mi consideración:

Me dirijo a Usted y por su intermedio adonde corresponda, a efectos de solicitar la Indemnización/Compensación por el fallecimiento del/la funcionario/a:

DATOS DEL FUNCIONARIO/A FALLECIDO/A

Nombres y Apellidos: _____

N° de Empleado: _____ Unidad Administrativa: _____

Sede: _____

Dirección: _____ N°: _____

Localidad: _____ Municipio: _____

Barrio: _____ Departamento: _____

Atentamente,

Nombres y Apellidos: _____

Herederero solicitante autorizado

Firma

C.I. N°: _____

Teléfono N°: _____

Observaciones:

Llenar este formulario a máquina de escribir o en letra imprenta y presentar sin enmiendas.

Adjuntar: Certificado de Defunción (**CD**) **original**, Sentencia Definitiva (**SD**) de Declaratoria de Herederos, expedida por un Juez competente (original o fotocopia autenticada por Escribanía), Fotocopias de Cédulas de Identidad de cada uno de los herederos designados.

En caso de fallecimiento de funcionario por Enfermedad Profesional, presentar Certificado o Constancia de Calificación de fallecimiento, expedida por la Dirección de Salud Ocupacional del Instituto de Previsión Social (**IPS**).