



**CAJA DE SEGURO SOCIAL**  
DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SUBSIDIOS  
SECCIÓN DE PRESTACIONES A CORTO PLAZO

**SOLICITUD DE AUXILIO DE FUNERAL**

N° de solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ N° de S.S del Fallecido \_\_\_\_\_

UBICACIÓN  UNIDAD EJECUTORA  AGENCIA DE PAGO

Nombre del que suscribe \_\_\_\_\_  
Persona autorizada, familiar o empresa funeraria N° de cédula del Solicitante o familiar

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Documentos que se adjuntan:  Certificado de Defunción  Nota Donde se Autoriza la Empresa Funeraria  Copia de la Cédula del Solicitante y Fallecido  Copia de Factura Cotejada Contra Original

Solicita a usted se sirva ordenar el pago correspondiente por servicios prestados al:

Señor (a) : \_\_\_\_\_ N° de Cédula \_\_\_\_\_

Fallecido (a) el \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO Firma del Solicitante o Familiar

En la ciudad de \_\_\_\_\_ Teléfono del Familiar \_\_\_\_\_

PENSIONADO  JUBILADO  ACTIVO

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de la Funeraria N° de Cédula Teléfono

**PARA USO DE LA AGENCIAS ADMINISTRATIVAS**

\_\_\_\_\_  
Firma del Servidor Público que recibe Firma del Jefe de Sección Firma del Agente Administrativo

**PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES Y SUBSIDIOS**

\_\_\_\_\_  
Firma del Analista Fecha

\_\_\_\_\_  
Pensionado a Partir de Verificado por V°B° jefe de Secc. De Sub. a Corto Plazo

**PARA USO DE LA OFICINA DE FISCALIZACIÓN DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA**

**PARA REGISTRO DE CUOTAS EN AGENCIAS**

ENE. \_\_\_\_\_ JUL. \_\_\_\_\_  
FEB. \_\_\_\_\_ AGO. \_\_\_\_\_  
MAR. \_\_\_\_\_ SEP. \_\_\_\_\_  
ABR. \_\_\_\_\_ OCT. \_\_\_\_\_  
MAY. \_\_\_\_\_ NOV. \_\_\_\_\_  
JUN. \_\_\_\_\_ DIC. \_\_\_\_\_

Cantidad de cuotas en los ultimos (12) meses

\_\_\_\_\_  
Fiscalizado por: Firma y Sello

\_\_\_\_\_  
Preparado por: Fecha V°B°