



GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS  
UNIDAD DE ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS  
NOMINAS Y PLANILLAS  
**SOLICITUD DE CERTIFICACIONES DE SEGURO POST-MORTEM**

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ que me identifico con

DPI ( ) ó Cédula ( ) Número \_\_\_\_\_; Manifiesto que soy beneficiario del SEGURO POST-MORTEM del Señor (a):

---

Quien desempeñaba el cargo de \_\_\_\_\_

Dependencia: \_\_\_\_\_

Por lo que solicito que se extienda Certificación de las cuotas aportadas de Seguro Post-Mortem.

firma \_\_\_\_\_