DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA DIVRI-
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

ESCUDO

(FUERZA)
Formato No. 5

Ciudad y fecha: _____

Señor
COORDINADOR GRUPO PRESTACIONES SOCIALES
DIRECCIÓN DE VETERANOS Y REHABILITACIÓN INCLUSIVA DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
Bogotá, D.C.

Por medio del presente me permito solicitar los gastos de inhumación por el fallecimiento del (la) señor (a) _____, en su condición de pensionado, quien se identificaba con cédula No. _____ de _____ y falleció el día _____ en la ciudad de _____.

Dos fotocopias de la cédula de ciudadanía del solicitante y del fallecido por ambas caras ampliada al 150%.	SI		NO	
Registro civil del familiar, con el fin de acreditar el parentesco del solicitante con el fallecido, si a ello hubiere lugar.	SI		NO	
Factura electrónica de venta, que acredite los gastos de inhumación del fallecido y la persona que los sufragó, en está deben venir discriminados los servicios por usted sufragados y no en documentos anexos, con el sello de cancelado, firmada y recibido a satisfacción.	SI		NO	
Cuenta de cobro en original suscrita por el solicitante por el valor de la factura.	SI		NO	
Copia actual de Certificación de la cuenta bancaria del solicitante (no mayor a 30 días).	SI		NO	
Copia legible del registro civil de defunción, expedida por la autoridad competente.	SI		NO	
Escrito entendido bajo gravedad de juramento que los gastos de inhumación no fueron cubiertos por un seguro o previsión exequial	SI		NO	

Nota: *Si el deceso ocurre en el exterior, el certificado de defunción y las facturas cambiarias deben ser traducidas al español y las cantidades convertidas al valor de la moneda colombiana a la fecha del fallecimiento, de acuerdo con las tablas de equivalencia del Banco de la República. Tales documentos deberán ser autenticados ante el Cónsul Colombiano en el respectivo país y posteriormente debe ser avalado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia o en su defecto el documento debe venir con el apostillaje correspondiente, si proviene de alguno de los países con los cuales se estableció dicho acuerdo (Convenio de la HAYA)*

Así mismo, manifiesto que mi dirección actual es _____ Ciudad _____Departamento _____ Teléfono _____ Correo Electrónico _____.

Autorizo a la Grupo de Prestaciones Sociales de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva DIVRI- para ser notificado de los actos administrativos que se deriven de mi solicitud a través de correo electrónico SI__NO __

_____
Nombre del solicitante

FIRMA: _____

HUELLA DACTILAR
ÍNDICE DERECHO

Este documento es propiedad del Ministerio de Defensa Nacional, no está autorizado su reproducción total o parcial