



**SOLICITUD DE SUBSIDIO POR GASTOS DE ENTIERRO**

CAUSANTE: ..... Nro. I.A.F.: .....  
GRADO: ..... SITUACIÓN DE REVISTA: .....  
CLASE: ..... D.N.I. / L.C. / L.E. Nro: .....  
FECHA FALLECIMIENTO/ BAJA: ..... LUGAR: .....

**AL JEFE DEL ESTADO MAYOR GENERAL DEL EJÉRCITO (Dirección de Bienestar - Departamento Retiros y Pensiones – División Pensiones Militares)**

Atento a lo dispuesto en el Artículo 2408 de la Reglamentación para el Ejército de la Ley 19.101 (LEY PARA EL PERSONAL MILITAR) PE 00 - 02 - III - "HABERES, SUPLEMENTOS Y COMPENSACIONES", solicito al señor Jefe quiera servirse resolver se me liquide el subsidio "por Gastos de Entierro" que el mismo establece.

Saludo a Ud. atentamente.

X.....  
FIRMA DEL/ LA SOLICITANTE  
Aclaración.....  
L.E. / L.C. / D.N.I. :Nro .....

Y en representación de (hijos menores y/o incapacitados – nombre, apellido, DNI):.....  
.....  
Domicilio real (localidad / provincia):.....  
.....Teléfono:.....

**NOTA:**

La presente solicitud debe ser exclusivamente completada por la persona, quien abonó el servicio de sepelio.

Adjuntar:

- a) Factura original (NO RECIBO) a nombre de quien abonó el servicio, además del detalle del servicio brindado debe constar el apellido y nombre del extinto.
- b) Si el servicio es prepago (sólo para deudos con derecho a pensión):
  - Constancia de adhesión al servicio de sepelio prepago emitida por la empresa aseguradora o Mutual donde conste que el militar se encontraba adherido a dicho servicio.
  - Fotocopia de factura del servicios de sepelio certificada por el responsable titular de la empresa, debiendo constar dicha certificación con la siguiente leyenda: "CERTIFICO QUE LA PRESENTE ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL QUE OBRA EN ESTA ENTIDAD", avalado con el sello de la entidad, fecha, firma, aclaración y numero de documento de identidad de quien certifica la misma.

CERTIFICO QUE LAS FIRMAS QUE ANTECEDEN SON AUTÉNTICAS Y PERTENECEN A LOS FIRMANTES.

LUGAR Y FECHA: ..... de ..... de .....

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN

Firma y Aclaración - autoridad que certifica

## Solicitud de Modificaciones, Rehabilitaciones y Reactivaciones de Entes

(1) Para intervención exclusiva del Servicio Administrativo Financiero (S.A.F.)

<b>Entidad de Proceso:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Entidad Emisora:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Id. Comprobante:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Estado:</b> <input type="text"/>
<b>Fecha Autorización:</b>	<input type="text"/>	<b>Fecha Ult. Actualiz.:</b>	<input type="text"/>

(2) Para completar por el interesado

<b>Clase:</b>	Cliente: <input type="checkbox"/> Beneficiario: <input type="checkbox"/> Banco: <input type="checkbox"/>	<b>Nro Ente:</b>	<input type="text"/>
<b>Tipo:</b>	<b>Identificador:</b>	<b>Documento:</b>	
Personería: <input type="text"/> Origen: <input type="text"/> País: <input type="text"/>	Tipo: <input type="text"/> Código: <input type="text"/> Cuit de Rel.: <input type="text"/>	Tipo: <input type="text"/> Número: <input type="text"/>	
<b>Denominación:</b>	<input type="text"/>		
<b>Observaciones:</b>	<i>Para completar por el interesado</i>		

<b>Características:</b>					
Org. Oficial:	<input type="checkbox"/>	Empleador:	<input type="checkbox"/>	SAF:	<input type="checkbox"/>
Org. Multilateral:	<input type="checkbox"/>	Deudor Incobrable:	<input type="checkbox"/>	Agente de Retención:	<input type="checkbox"/>
Excl. FR:	<input type="checkbox"/>				

<b>Situación Impositiva :</b>	Monotributo: <input type="checkbox"/>	Categoría: <input type="checkbox"/>	Actividad: <input type="checkbox"/>
Iva:	<input type="text"/>	Ganancias:	<input type="text"/>
Ingresos Brutos:	<input type="text"/>		

<b>Contacto</b>			
<b>Nombre:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Celular:</b>	<b>Fax:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Mail:</b>	<b>Web:</b>	<b>Observaciones:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

<b>Actividad *</b>	<input type="text"/>	
<b>Sector:</b>	<input type="text"/>	
<b>Sub Sector:</b>	<input type="text"/>	
<b>Económica Primaria:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Económica Secundaria 1:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Económica Secundaria 2:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio:

Tipo: Calle: Número: Piso: Dto:

--	--	--	--	--

País: Provincia: Ciudad: Localidad: CP:

--	--	--	--	--

Nombre: Teléfono: Celular: Fax:

--	--	--	--

Mail: Web: Observaciones:

--	--	--

Cuenta Bancaria\*\*

Tipo de Operación: Alta  Baja

Banco: Suc.: Cuenta N°: Tipo: Moneda:

--	--	--	--	--

Ident.: N° Identificador: Denominación:

--	--	--

(3) Exclusivo para agrupaciones de Empresas

Agrupación de Empresas:

Tipo:  %:

Entes:

N° Ente CUIT Participante: Denominación: % Part.: % Rem.:

N° Ente	CUIT Participante:	Denominación:	% Part.:	% Rem.:

(4) Información específica para entes clase banco

Datos Bancos:

Identificación del Banco:  Agente CUT:

Cuenta Bancaria CUT:

Banco: Suc.: Cuenta: Tipo: Moneda: Ident.: N° Identificador: Denominación:

--	--	--	--	--	--	--	--

Datos Sucursales:

Sucursal: C. Matriz: Denominación: Ident.: N° de identificador:

--	--	--	--	--

Domicilio:

Tipo: Calle: Número: Piso: Dto.:

--	--	--	--	--

País: Provincia: Ciudad: Localidad: CP:

--	--	--	--	--

Nombre: Teléfono: Celular: Fax:

--	--	--	--

Mail: Web: Observaciones:

--	--	--

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO

PARA USO EXCLUSIVO DEL  
SERVICIO ADMINISTRATIVO  
FINANCIERO

FECHA Y SELLO DE RECEPCIÓN ...../...../.....

FIRMA DEL RECEPTOR .....

ACLARACIÓN .....

\* Dato no obligatorio para los Entes que solo operan por Fondo Rotatorio.

\*\* Dato que no deberá ser informado por los Entes que solo operan por Fondo Rotatorio



Ministerio de Economía y Finanzas  
Públicas Secretaría de Hacienda

**AUTORIZACIÓN DE ACREDITACIÓN DE PAGOS DEL TESORO NACIONAL  
EN CUENTA BANCARIA**

Localidad, (1).....

SEÑOR  
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
DE LA CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

El (los) que suscribe (n) (3).....en mi (nuestro) carácter de (4) BENEFICIARIO/A, de (5) SUBSIDIO POR....., CUIT/CUIL/CDI N°....., autoriza (mos) a que todo pago que deba realizar la TESORERÍA GENERAL DE LA NACIÓN a través del Sistema de la Cuenta Única del Tesoro, en cancelación de deudas a mi (nuestro) favor por cualquier concepto, sea efectuado en la cuenta bancaria que a continuación se detalla.

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA	USO S.H.
NÚMERO DE CUENTA (7)	
TIPO: CORRIENTE/ DE AHORRO - CÓDIGO (8)	
CBU DE LA CUENTA (9)	
CUIT/CUIL/CDI CUENTA CORRIENTE/ DE AHORRO (9)	
TITULARIDAD	
DENOMINACIÓN	
BANCO	
SUCURSAL	/N°
DOMICILIO	

La orden de transferencia de fondos a la cuenta arriba indicada, efectuada por la TESORERÍA GENERAL DE LA NACIÓN dentro de los términos contractuales, extinguirá la obligación del deudor por todo concepto, teniendo validez todos los depósitos que allí se efectúen hasta tanto, cualquier cambio que opere en la misma, no sea notificado fehacientemente a ese Servicio Administrativo.

El beneficiario exime al ESTADO NACIONAL de cualquier obligación derivada de la eventual mora que pudiera producirse como consecuencia de modificaciones sobre la cuenta bancaria.

.....(10)

**Certificación bancaria del cuadro de datos de la cuenta y firma (s) del (de los) titular (es)**

(1) Lugar y fecha de emisión// (2) Denominación del Organismo donde se presenta// (3) Apellido y Nombre del (de los) que autoriza (n) el depósito // (4) Carácter por el cual firma (n) (presidente, socio, propietario, etc) // (5) Razón Social/ Denominación// (6) Número de CUIT o en su defecto CUIL o CDI// (7) Número de cuenta completo conforme la estructura de cuentas bancarias que opera la entidad financiera// (8) Tachar lo que no corresponda. Deberá indicarse el número que identifica al tipo de cuenta// (9) El CUIT, CUIL o CDI informado en "(6)" debe coincidir con el CUIT, CUIL o CDI de la CBU de la cuenta// (10) Firma y aclaración del beneficiario.