ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA
5a. Calle 5-23, Zona 1, Guatemala, C.A
PBX 2200-1515 ext. 109, 119 o 133 / WhatsApp Institucional Archivo 3612-1501

SOLICITUD DE INGRESO

NO. DE EXPEDIENTE

Lugar y fecha:_____

Señores Miembros de Junta Directiva
Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública,
Guatemala.

Por este medio de manera atenta presento ante ustedes, mi formal **Solicitud de Ingreso** a dicha Institución, como Asociado _____

de acuerdo al artículo_____, inciso_____de los Estatutos vigentes, para lo cual proporciono la siguiente información:

DATOS PERSONALES:

_____
1er. Apellido 2do. Apellido Apellido de casada

_____
1er. Nombre 2do. Nombre 3er. Nombre

_____
4to. Nombre 5to. Nombre

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad:_____Edad:_____ Sexo: F ☐ M ☐

DPI con CUI:_____Estado civil:_____

Nombre del cónyuge o conviviente: _____

Con residencia en:_____

Teléfono(s):_____Correo electrónico:_____

Dirección para recibir notificaciones:_____
Para que el envío de correspondencia sea eficiente favor proporcionar su dirección exacta.

DATOS LABORALES:

Lugar de Trabajo: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

Cargo que desempeña:_____Renglón:_____

Observaciones: _____

_____

Asimismo, hago de su conocimiento que mi firma que calza esta solicitud, es la que actualmente utilizo en documentos públicos y privados, aun cuando pudiera diferir de la que consta en mi Documento Personal de identificación.

Plenamente enterado del contenido y efectos de la presente solicitud, ruego a ustedes se sirvan emitir resolución favorable de la misma.

Atentamente,

_____
Firma del Solicitante

INTÉRPRETES: En caso de que el asociado ignore el idioma español, deberá auxiliarse de dos intérpretes no parientes que hablen el idioma de que se trate y el español. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer intérprete:_____

DPI con CUI:_____Idioma interpretado: _____

_____
Firma del Intérprete

Nombre completo del segundo intérprete:_____

DPI con CUI:_____Idioma interpretado: _____

_____
Firma del Intérprete

ANTE MÍ:

Nombre:_____ _____ _____
Representante Departamental, miembro de Órgano de Dirección o Delegado Distrital | Firma | Sello

¡IMPORTANTE!

.Al dejar de laborar en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ya sea por renuncia, destitución, jubilación u otra circunstancia debe informar inmediatamente a la Asociación y seguir aportando su cuota; los asociados que incurran en mora por haber dejado de pagar hasta seis meses consecutivos dejarán de ser asociados de "ASAPESPU", sin necesidad de declaración, resolución o notificación alguna, no procediendo el pago de prestación póstuma

• **Original:** ASAPESPU – **Copia:** ASOCIADO

ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLIC A
5a. Calle 5-23, Zona 1, Guatemala, C.A
PBX 2200 -1515 ext. 109, 119 o 133 / WhatsApp Institucional Archivo 3612-1501

DECLARACION DE BENEFICIARIOS

No. DE EXPEDIENTE

Yo:_____
(Nombre Completo)

de_____años de edad,_____,_____,
Estado Civil Nacionalidad

por este acto **DECLARO** como únicos y legítimos beneficiarios de la prestación póstuma que en mi calidad de asociado de la Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública se genere con mi fallecimiento, en los porcentajes establecidos, a las siguientes personas:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	EDAD	SEXO	PARENTESCO	%

Para los efectos legales, hago constar que los NOMBRES Y APELLIDOS de asociado y beneficiarios, que fueron anotados en este documento son los correctos y en caso de discrepancia se deberán realizar las diligencias de identificación de tercero o de persona, según corresponda. Plenamente enterado del contenido y efectos de la presente declaración, la otorgo en el municipio de_____del departamento de_____,

a los_____días del mes de_____del año_____.

_____
Firma del Solicitante

INTÉRPRETES: En caso de que el asociado ignore el idioma español, deberá auxiliarse de dos intérpretes no parientes que hablen el idioma de que se trate y el español. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer intérprete:_____

DPI con CUI:_____Idioma interpretado: _____

_____
Firma del Intérprete

Nombre completo del segundo intérprete:_____

DPI con CUI:_____ Idioma interpretado: _____

_____
Firma del Intérprete

IMPORTANTE

1) La presente está sujeta a resolución de aceptación o rechazo por Junta Directiva y/o Gerencia.
2) Cualquier anotación no contemplada en el artículo 7º. del Reglamento del Programa de Prestación Póstuma se tendrá por no válida.
3) Los nombres del asociado y los beneficiarios deben consignarse tal y como aparecen en sus documentos de identificación.
4) Al dejar de laborar en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ya sea por renuncia, destitución, jubilación u otra circunstancia, debe informar inmediatamente a la Asociación y seguir aportando su cuota; los asociados que incurran en mora por haber dejado de pagar hasta seis meses consecutivos dejarán de ser asociados de "ASAPESPU", sin necesidad de declaración, resolución o notificación alguna, no procediendo el pago de prestación póstuma.

• **Original:** ASAPESPU – **Copia:** ASOCIADO