ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PUBLICA
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 o Impresión del Pulgar
Derecho del Solicitante

TESTIGOS INSTRUMENTALES: En caso de que el asociado sea ciego, sordo o mudo, siempre que pueda manifestarse de manera indubitable, se auxiliará de dos testigos instrumentales no parientes. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer testigo instrumental: _____

DPI con CUI: _____

Hago constar que la información consignada, ha sido apegada a la voluntad del asociado, requiriendo mi intervención en la presente solicitud por el siguiente motivo:

_____

_____
Firma del Testigo Instrumental

Nombre completo del segundo testigo instrumental:_____

DPI con CUI: _____

Hago constar que la información consignada, ha sido apegada a la voluntad del asociado, requiriendo mi intervención en la presente solicitud por el siguiente motivo:

_____

_____
Firma del Testigo Instrumental

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 o Impresión del Pulgar
Derecho del Solicitante

TESTIGOS INSTRUMENTALES: En caso de que el asociado sea ciego, sordo o mudo, siempre que pueda manifestarse de manera indubitable, se auxiliará de dos testigos instrumentales no parientes. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer testigo instrumental:_____

DPI con CUI:_____

Hago constar que la información consignada, ha sido apegada a la voluntad del asociado, requiriendo mi intervención en la presente solicitud por el siguiente motivo:

_____

_____
Firma del Testigo Instrumental

Nombre completo del segundo testigo instrumental:_____

DPI con CUI: _____

Hago constar que la información consignada, ha sido apegada a la voluntad del asociado, requiriendo mi intervención en la presente solicitud por el siguiente motivo:

_____

_____
Firma del Testigo Instrumental

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