



ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA
5a. CALLE 5-23 ZONA 1. GUATEMALA, C. A.
PBX 2200-1515

RECIBO POR GASTOS FUNERARIOS A TRAVÉS DE DEPÓSITO BANCARIO

Lugar y fecha: _____

RECIBI DE: **La Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública**
LA CANTIDAD DE: **QUINCE MIL QUETZALES EXACTOS (Q.15,000.00)**
CONCEPTO: Para cubrir los Gastos Funerarios, de acuerdo al artículo 81o. inciso h) de los Estatutos Vigentes.

DATOS DEL ASOCIADO FALLECIDO

Nombre Completo: _____

Documento Personal de Identificación con CUI: _____

Fecha del fallecimiento: _____

NOTA: COMO BENEFICIARIO (A) DOY FE DE HABER RECIBIDO LA CANTIDAD ARRIBA INDICADA POR CONCEPTO DE GASTOS FUNERARIOS

DATOS DEL BENEFICIARIO QUE RECIBE EL ANTICIPO

Nombre completo: _____

Documento Personal de Identificación con CUI: _____

Número de Cuenta Bancaria: _____

Nombre del Banco: _____

f) _____
Firma del Beneficiario o impresión digital del pulgar
derecho en caso de no saber o no poder firmar

DATOS DEL REPRESENTANTE DEPARTAMENTAL, ÓRGANO DE DIRECCIÓN O DELEGADO DISTRITAL

Nombre Completo: _____

Nombre de la Representación o cargo como Órgano de Dirección _____

Firma del Representante, Delegado Distrital o miembro de Órgano de Dirección **SELLO** →

EN PRESENCIA DEL TESTIGO (NO PARIENTE)

Sujeto a las responsabilidades legales de mi intervención, en calidad de testigo instrumental, me consta la veracidad de la gestión contenida en este formulario, como consecuencia del fallecimiento del asociado indicado.

Nombre completo _____

Documento Personal de Identificación con CUI: _____

f) _____
FIRMA DEL TESTIGO

ARTÍCULO 22º: TESTIGO A RUEGO NO PARIENTE: Si el beneficiario no sabe o no puede firmar, además de dejar la impresión digital del dedo pulgar derecho u otro que se especificará, se auxiliará de un testigo a ruego no pariente dentro de los grados de ley, que cumpla los requisitos legales, en los documentos o formularios que presente ante la asociación, consignando los siguientes datos:

Nombre completo del testigo a ruego: _____

Documento Personal de Identificación CUI: _____

Hago constar que el BENEFICIARIO no puede firmar por el siguiente motivo: _____

FIRMA DEL TESTIGO A RUEGO