

## ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA

5<sup>a</sup>. Calle 5-23 zona 1, PBX. 2200-1515, Guatemala, C.A. TELEFAX. DIRECTO TRABAJO SOCIAL **2200-1513** 

## SOLICITUD DE PAGO DE AYUDA ECONOMICA POR FALLECIMIENTO DE CÓNYUGE O HIJO (DE 1 DIA DE NACIDO HASTA 18 AÑOS) DE UN ASOCIADO SALUBRISTA

Lugar y fecha
Señores Junta Directiva de ASAPESPU Presente
Por este medio, Yo me identifico con Documento Personal de Identificación (DPI), con Código Único de Identificación (CUI) No En calidad de asociado (a) Activo Optativo con expediente No
Con domicilio: Teléfono: Cel
Respetuosamente presento ante usted: "SOLICITUD DE PAGO DE AYUDA ECONOMICA"  Por el fallecimiento de  Ocurrido el día
Según Original de Certificación de Defunción No
Para lo cual, adjunto los documentos siguientes:  1) Original y fotocopia de documento de Identificación del Asociado (a)  2) Original y fotocopia de documento de Identificación de la persona fallecida  3) Certificado original de matrimonio o unión de hecho legalizada (Según el caso)  4) Certificado original de nacimiento de la persona fallecida  5) Certificado original de defunción
En espera de una resolución favorable, me suscribo de usted,
Atentamente,
F)Asociado(a)  REQUISITOS INTERNOS DE ASAPESPU:  1) Solvencia de Pagos, extendida por el Departamento de Cómputo  2) Constancia de expediente completo, extendida por Archivo
Representante Departamental (Nombre, firma y sello)  EXCLUSIVO DE GERENCIA  Se hace constar que se tuvo a la vista el presente expediente, trasladado por el Depto. de Trabajo Social, el cual consta de los documentos antes descritos, mismos que satisfacen los requisitos establecidos para el trámite de la ayuda económica, por lo consiguiente ésta Gerencia autoriza su trasladado a la Comisión de Revisión de Expedientes y Junta Directiva, para su conocimiento, revisión y posterior cancelación.
F)

Delfino Salazar López Gerente