



ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA  
5ª. Calle 5-23 Zona 1, Guatemala  
PBX 2200-1515; PBX Trabajo Social Directo: 2200-1513

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Señores  
Junta Directiva  
Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública  
Presente:

Por este medio Yo: \_\_\_\_\_

Me identifico con DPI, CUI No. \_\_\_\_\_

Con domicilio en: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

En calidad de:

- |                               |                        |                   |
|-------------------------------|------------------------|-------------------|
| a) Beneficiario(a)            | b) Representante Legal | c) Heredero legal |
| d) Ejercer la Patria Potestad | e) Rep. Administrador  | f) Tutor Legal    |

Del / los beneficiarios: \_\_\_\_\_

Respetuosamente, ante ustedes **SOLICITO PAGO DE LA PRESTACIÓN PÓSTUMA** por el fallecimiento del  
Asociado(a): \_\_\_\_\_  
Ocurrido el: \_\_\_\_\_

Adjuntando los documentos requeridos para el trámite. Sin otro particular, me suscribo de ustedes.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma o Impresión de huella dactilar

Al llenar este formulario me comprometo a presentarme en las oficinas de ASAPESPU el día que se me indique para recibir el pago respectivo.

**Observación:** Llenar únicamente esta casilla si el interesado no puede firmar, requiriendo un testigo a ruego.

Nombre: \_\_\_\_\_

DPI, CUI No. : \_\_\_\_\_

Hago constar que la huella dactilar impresa corresponde al beneficiario solicitante.

\_\_\_\_\_  
Firma testigo a ruego