



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

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