



SOLICITUD CAMBIO DE BENEFICIARIO

NO. DE EXPEDIENTE

Lugar y fecha: _____

Yo _____
(Nombre completo del Asociado)

Con calidad de asociado(a) _____
(Activo Laborante, Activo Optativo Ex Salubrista, Optativos: Cónyuge, Hijo, Planta Administrativa y Otras Dependencias)

con número de Documento Personal de Identificación con CUI _____, por este medio comparezco a **EXPONER:**

- I) Otorgo nueva DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS de la prestación póstuma que en mi calidad de asociado de la Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública, se genere a mi fallecimiento, la cual acompaño y que revoca cualquier declaración anterior.
- II) Hago de su conocimiento que no sé o no puedo firmar, por lo que estampo en la presente solicitud la impresión digital de mi dedo pulgar derecho u otro que se especifica, la cual utilizo actualmente en los documentos públicos y privados que otorgo.
- III) Con los datos proporcionados en la presente solicitud sea actualizada la información en el sistema que se utiliza en la Asociación.

DATOS GENERALES

Residencia: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

Teléfono(s): _____ Correo Electrónico: _____

Dirección para recibir notificaciones: _____
Para que el envío de correspondencia sea eficiente favor proporcionar su dirección exacta.

DATOS LABORALES

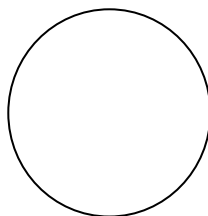
Lugar de Trabajo: _____
(En caso de ser asociado Ex-Empleado del Ministerio de Salud Pública consignar el último lugar de trabajo)

Municipio: _____ Departamento: _____

Cargo que desempeña o desempeñó: _____

PETICION:

Que se resuelva en el sentido de aceptar el cambio de beneficiarios de prestación póstuma que presento.



Impresión del Pulgar Derecho u otro: _____ del solicitante

TESTIGO A RUEGO: El asociado que 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. (Arto. 22 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del testigo a ruego: _____

DPI con CUI: _____

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

f) _____
Firma del Testigo a Ruego

ANTE MI:

Nombre _____	_____	_____
Representante Departamental, miembro de Órgano de Dirección o Delegado Distrital	Firma	Sello



ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA

5a. Calle 5-23, Zona 1, Guatemala, C.A

PBX 2200 -1515 / Depto. Trabajo Social 2200 -1513 / Fax Depto. de C réditos 2200-1540

DECLARACION DE BENEFICIARIOS

No. DE EXPEDIENTE

Yo: _____
(Nombre Completo)

de _____ años de edad, _____, _____
Estado Civil Nacionalidad

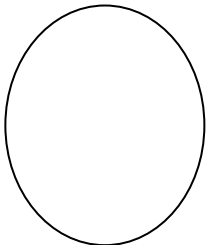
por este acto **DECLARO** como únicos y legítimos beneficiarios de la prestación póstuma que en mi calidad de asociado de la Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública se genere con mi fallecimiento, en los porcentajes establecidos, a las siguientes personas:

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 _____.



Impresión del Pulgar Derecho u otro: _____ del solicitante

TESTIGO A RUEGO: El asociado que 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. (Arto. 22 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del testigo a ruego: _____

DPI con CUI: _____

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

f) _____
Firma del Testigo a Ruego

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 6°. 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.