



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 Créditos 2200-1540

SOLICITUD DE INGRESO

NO. DE EXPEDIENTE

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Señores Miembros de Junta Directiva  
Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública,  
Guatemala.

Por este medio de manera atenta presento ante ustedes, mi formal **Solicitud de Ingreso** a dicha Institución, como Asociado \_\_\_\_\_

de acuerdo al artículo \_\_\_\_\_, inciso \_\_\_\_\_ de los Estatutos vigentes, para lo cual proporciono la siguiente información:

DATOS PERSONALES:

1er. Apellido \_\_\_\_\_ 2do. Apellido \_\_\_\_\_ Apellido de casada \_\_\_\_\_

1er. Nombre \_\_\_\_\_ 2do. Nombre \_\_\_\_\_ 3er. Nombre \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F ☐ M ☐

DPI con CUI: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge o conviviente: \_\_\_\_\_

Con residencia en: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_ Renglón: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Asimismo, hago de su conocimiento que mi firma que calza esta solicitud, es la que actualmente utilizo en documentos públicos y privados, aun cuando pudiera diferir de la que consta en mi Documento Personal de identificación.

Plenamente enterado del contenido y efectos de la presente solicitud, ruego a ustedes se sirvan emitir resolución favorable de la misma.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

**INTÉRPRETES:** En caso de que el asociado ignore el idioma español, deberá auxiliarse de dos intérpretes no parientes que hablen el idioma de que se trate y el español.  
(Arto. 22 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer intérprete: \_\_\_\_\_

DPI con CUI: \_\_\_\_\_ Idioma interpretado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete

Nombre completo del segundo intérprete:\_\_\_\_\_

DPI con CUI: \_\_\_\_\_ Idioma interpretado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete

ANTE MÍ:

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

**¡IMPORTANTE!**

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

• **Original:** ASAPESPU – **Copia:** ASOCIADO



ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLIC A  
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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

**INTÉRPRETES:** En caso de que el asociado ignore el idioma español, deberá auxiliarse de dos intérpretes no parientes que hablen el idioma de que se trate y el español. (Arto. 22 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer intérprete: \_\_\_\_\_

DPI con CUI: \_\_\_\_\_ Idioma interpretado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete

Nombre completo del segundo intérprete: \_\_\_\_\_

DPI con CUI: \_\_\_\_\_ Idioma interpretado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete

**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.

• **Original:** ASAPESPU – **Copia:** ASOCIADO