



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

CONSTANCIA DE SUPERVIVENCIA DE ASOCIADOS PARA INSCRIBIR A HIJOS COMO ASOCIADOS ACTIVOS OPTATIVOS

Se hace constar que el día de hoy, cumpliendo con todos los requisitos establecidos en el Artículo 10 de los Estatutos Vigentes y con el objeto de establecer su **SUPERVIVENCIA** para poder inscribir como asociado activo optativo a su hijo(a) se presentó el asociado(a):

DATOS DEL ASOCIADO:

Expediente No.

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

DPI con CUI: _____

DATOS DEL HIJO(A):

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

DPI con CUI: _____

Lugar y fecha: _____

Firma del Asociado

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

Firma

Sello

Firma: _____
Sección de Archivo – ASAPESPU-