



**AVISO DE FALLECIMIENTO Y SOLICITUD DE ANTICIPO PARA  
GASTOS FUNERARIOS**

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

SEÑOR GERENTE  
ASAPESPU

Por ser beneficiario del Programa de Prestación Póstuma, aviso que ocurrió el fallecimiento de la siguiente persona:

**DATOS DEL ASOCIADO FALLECIDO**

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

Documento Personal de Identificación con CUI: \_\_\_\_\_

Fecha del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Con calidad de Asociado: \_\_\_\_\_

(Activo Laborante, Activo Optativo por Jubilación, Optativos (Cónyuge, Hijo, Planta Administrativa y Otras Dependencias)

Último cargo desempeñado cuando laboró para Salud Pública: \_\_\_\_\_

Último lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Ubicada en el Departamento: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL BENEFICIARIO QUE REPORTA EL FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO**

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

Documento Personal de Identificación con CUI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**SOLICITO:**

- a) Que se tenga por recibido el aviso de fallecimiento del (de la) asociado (a) indicado (a). ( )  
b) Que en esta oportunidad me autorice el pago correspondiente al Anticipo de Gastos Funerarios. ( )  
c) Que el anticipo para Gastos Funerarios, NO sea entregado en este momento sino, al recibir la totalidad de la prestación póstuma en la fecha que corresponda. ( )

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario solicitante o impresión digital  
del pulgar derecho en caso de no saber o no poder firmar

ARTÍCULO 22º: TESTIGO A RUEGO NO PARIENTE: Si el beneficiario 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 dentro de los grados de ley, que cumpla los requisitos legales, en los documentos o formularios que presente ante la asociación, consignando los siguientes datos:

Nombre completo del testigo a ruego: \_\_\_\_\_

Documento Personal de Identificación con CUI: \_\_\_\_\_

Hago constar que el BENEFICIARIO no puede firmar por el siguiente motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO A RUEGO



“ **BOLETA PARA REPORTE DE DEFUNCIÓN** “

Sujeto a las infracciones que determina el Código Civil, en su capítulo II, artículo 1616, capítulo III, artículos 1645, 1646 y 1653, e investido con la autoridad que los Estatutos de la Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública me otorga, artículo 81º.

Soy testigo y doy fe del fallecimiento con fecha: \_\_\_\_\_

del Asociado: \_\_\_\_\_  
(nombres y apellidos completos)

Con Documento Personal de Identificación CUI. \_\_\_\_\_

Con calidad de Asociado: \_\_\_\_\_  
(Activo Laborante, Activo Optativo por Jubilación, Optativos (Cónyuge, Hijo, Planta Administrativa y Otras Dependencias)

Ultimo cargo desempeñado cuando laboró para Salud Pública: \_\_\_\_\_

Ultimo lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Ubicada en el Departamento \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Departamental Miembro de Órgano de Dirección y/o Delegado Distrital	Firma	Sello
---	-------	-------

Nombre completo del Beneficiario	DPI	Firma o impresión digital del pulgar derecho en caso de no poder firmar
----------------------------------	-----	--

Nombre completo del Testigo	DPI	Firma
-----------------------------	-----	-------

ARTÍCULO 22º: TESTIGO A RUEGO NO PARIENTE: Si el beneficiario 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 dentro de los grados de ley, que cumpla los requisitos legales, en los documentos o formularios que presente ante la asociación, consignando los siguientes datos:

Nombre completo del testigo a ruego: \_\_\_\_\_

Documento Personal de Identificación CUI \_\_\_\_\_

Hago constar que el BENEFICIARIO no sabe o no puede firmar por el siguiente motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO A RUEGO

Para los efectos legales que a ASAPESPU convenga, firmo y sello la presente, en el municipio  
de \_\_\_\_\_ del departamento de \_\_\_\_\_,

a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.



ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PUBLICA  
5a. CALLE 5-23 ZONA 1. GUATEMALA, C. A.  
PBX 2200-1515

RECIBO POR TRANSFERENCIA PARA GASTOS FUNERARIOS

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

RECIBI DE: **La Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública**  
LA CANTIDAD DE: **QUINCE MIL QUETZALES EXACTOS (Q.15,000.00)**  
CONCEPTO: Para cubrir los Gastos de Funeral, de acuerdo al artículo 81o. inciso h) de los Estatutos Vigentes.

DATOS DEL ASOCIADO FALLECIDO

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

Fecha del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Documento Personal de Identificación con CUI: \_\_\_\_\_

NOTA: LAS PERSONAS QUE A CONTINUACION SE DESCRIBEN, DAMOS FE DE HABER RECIBIDO LA CANTIDAD ARRIBA INDICADA POR CONCEPTO DE GASTOS FUNERARIOS.

DATOS DEL REPRESENTANTE DEPARTAMENTAL, ORGANO DE DIRECCIÓN Y/O DELEGADO DISTRITAL.

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

Nombre de la Representación o cargo como Órgano de Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante, miembro de Órgano de Dirección o Delegado Distrital y Sello



BENEFICIARIO QUE RECIBE EL ANTICIPO

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

Documento Personal de Identificación con CUI: \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario o impresión digital del pulgar  
derecho en caso de no saber o no poder firmar

EN PRESENCIA DEL TESTIGO

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

Documento Personal de Identificación con CUI: \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

ARTÍCULO 22º: TESTIGO A RUEGO NO PARIENTE: Si el beneficiario 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 dentro de los grados de ley, que cumpla los requisitos legales, en los documentos o formularios que presente ante la asociación, consignando los siguientes datos:

Nombre completo del testigo a ruego: \_\_\_\_\_

Documento Personal de Identificación CUI: \_\_\_\_\_

Hago constar que el BENEFICIARIO no puede firmar por el siguiente motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO A RUEGO

NOTA IMPORTANTE: LA CANTIDAD QUE ASAPESPU PAGA AL BANCO POR EL ENVIO DE LA TRANSFERENCIA SE DEDUCE DEL SEGUNDO PAGO DE LA PRESTACIÓN PÓSTUMA.