



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 Reingreso por Morosidad** a dicha Institución, con calidad de asociado

de acuerdo al artículo 67 de los Estatutos vigentes, para lo cual proporciono la siguiente información:  
(Activo Optativo Ex salubrista, Optativos: Cónyuge, Hijo, Planta Administrativa y Otras Dependencias)

## DATOS PERSONALES

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

Documento Personal de Identificación con CUI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

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

Teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Dirección para recibir notificaciones: \_\_\_\_\_

En caso de ser asociado Jubilado o Ex – Empleado del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social indicar lo siguiente:

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

Ultimo cargo desempeñado: \_\_\_\_\_

Período de mora \_\_\_\_\_ Monto atrasado: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces ha estado en morosidad? \_\_\_\_\_ Justificación: \_\_\_\_\_

## CONSTANCIA DE SUPERVIVENCIA

Se hace constar que el día de hoy se establece la SUPERVIVENCIA, de la persona indicada anteriormente, presentando para el efecto el certificado médico de salud, cumpliendo con los lineamientos establecidos en el artículo 17 del Reglamento General de Estatutos.

Emitido con fecha: \_\_\_\_\_, por el (la) Doctor(a): \_\_\_\_\_

Colegiado activo No. \_\_\_\_\_, Lugar de trabajo / Consultorio Médico: \_\_\_\_\_

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.

Firma del Solicitante

ANTE MÍ:

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

Representante Departamental, miembro de Órgano de Dirección  
O Delegado Distrital

Firma

Sello



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

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

Yo: \_\_\_\_\_

Por la presente, declaro bajo juramento y convengo que las respuestas que consigno a las preguntas que se formulan, se consideran como necesarias y forman parte de la SOLICITUD DE REINGRESO como ASOCIADO de ASAPESPU y que dichas respuestas son verídicas y están completas, declaro además, que en caso de que la Asociación lo estime conveniente estoy conforme a someterme a un EXAMEN MEDICO y a los exámenes o pruebas de laboratorio necesarios con el objeto de investigar mi estado de salud. **ADVERTENCIA:** La Asociación se reserva el derecho de cancelar la prestación póstuma por el tiempo de TRES MESES contados a partir de la fecha de pago. Si ocurre el deceso dentro de este período por causas contenidas en la DECLARACIÓN JURADA DE SALUD y por lo tanto contravienen lo declarado por el solicitante el BENEFICIO PÓSTUMO NO SE CANCELARÁ, quedando la Asociación libre de su obligación a excepción de fallecimiento por accidente. (Entendiéndose como accidente, la muerte causada por la acción repentina de un agente externo y que pueda ser determinada de una manera cierta por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión. Se exceptúan aquellos casos como suicidio o envenenamiento premeditado)

1.   Peso:  lbs.                      Estatura:  mts.

2.   ¿Cuánto tiempo ha conservado su peso actual? \_\_\_\_\_

3.   ¿Ha estado alejado de su trabajo por motivo de salud en los últimos dos años? SI ☐ NO ☐    Fecha: \_\_\_\_\_

4.   ¿Ha habido tuberculosis en su familia?    SI ☐                      NO ☐

5.   ¿Actualmente ha recibido tratamiento médico en algún Hospital o Sanatorio por enfermedad? SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es afirmativa, contestar las siguientes preguntas:

Nombre de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del Hospital o Sanatorio: \_\_\_\_\_

6.   ¿Ha sido operado? SI ☐ NO ☐                      Fecha: \_\_\_\_\_

Causas: \_\_\_\_\_

7.   ¿Actualmente le han aconsejado a que se someta a una operación quirúrgica? SI ☐ NO ☐

Causas: \_\_\_\_\_

8.   Marque con una X las enfermedades que ha padecido o padece:

a) Enfermedad de los huesos o articulaciones ☐                      b) Úlceras ☐                      c) Presión arterial ☐                      d) Diabetes ☐                      e) Hernias ☐

f) Corazón ☐                      g) Tumores ☐                      h) Cáncer ☐

OTRAS: \_\_\_\_\_

9.   Indicar el nombre y teléfono de tres personas a quienes podamos dirigirnos con respecto a la presente solicitud.

NOMBRE	TELEFONO

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

ANTE MÍ:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Representante Departamental, miembro de Órgano de Dirección  
O Delegado Distrital

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Sello