



**“ AVISO DE FALLECIMIENTO ASOCIADO INTESTADO “**

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

SEÑOR GERENTE  
ASOCIACION DE AUXILIO PÓSTUMO DEL  
EMPLEADO DE SALUD PUBLICA

Por ser presunto Heredero manifiesto del fallecimiento de la siguiente persona:

**DATOS DEL ASOCIADO FALLECIDO**

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Institución: \_\_\_\_\_

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

**DATOS DEL PRESUNTO HEREDERO QUE REPORTA EL FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO**

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

Qué parentesco existía entre el asociado fallecido? \_\_\_\_\_

Documento de Identificación CUI. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Presunto Heredero ó huella dactilar 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 CUI: \_\_\_\_\_

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

.

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

**ARTÍCULO 21. IMPROCEDENCIA DEL ANTICIPO:**

No se dará el anticipo para gastos funerarios en los siguientes casos:

- Quando el asociado no haya declarado beneficiarios de la prestación póstuma en el formulario respectivo o aún existiendo declaración, la misma conste en testamento sin haber agotado el proceso respectivo; y,
- Quando todos los beneficiarios hayan fallecido previo a entregarse el anticipo para gastos funerarios.



**ENTREVISTA PARA TRAMITE DE ASOCIADO FALLECIDO INTESTADO**

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

**COMPROMISO:** Doy fe que toda la información que a continuación proporciono al Representante Departamental y/o Departamento de Secretaría General, es verídica y no tengo inconveniente que la misma sea verificada, sujetándome a las normas internas de la Asociación y Leyes del País.

**DATOS DEL ASOCIADO FALLECIDO**

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Causas del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cuántos hijos procreó el fallecido: \_\_\_\_\_

Nombre de esposo (a) o compañero (a) de Hogar: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_

	SI	NO	SI	NO
Se encuentran con vida los Padres del asociado:				
	Madre ( )	( )	Padre ( )	( )

Cuántos Hermanos tenía el asociado? \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo laboró para Salud Pública? \_\_\_\_\_

Qué puestos ocupó el asociado en Salud Pública? \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA PERSONA QUE REPORTA EL FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO**

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

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

Qué parentesco existía entre el asociado fallecido? \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Presunto Heredero ó huella dactilar 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 PRESUNTO HEREDERO no puede firmar por el siguiente motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

ANTE MI:

Nombre _____		
Representante Departamental, Órgano de Dirección, Delegado Distrital y/o	Firma	Sello
Depto. Secretaría de ASAPESPU		



**ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PUBLICA**  
**5a. Calle 5-23, Zona 1, Guatemala, C. A.**  
**PBX 2200-1515**

**“ 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 de Identificación No. \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

En la Institución: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

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

Nombre completo del presunto HEREDERO	No. Documento de Identificación	Firma ó impresión digital del pulgar derecho en caso de no saber o no poder firmar
---------------------------------------	---------------------------------	---

Nombre completo del Testigo	No. Documento de Identificación	Firma
-----------------------------	---------------------------------	-------

TESTIGO A RUEGO NO PARIENTE: Si el presunto heredero o 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 de Identificación No \_\_\_\_\_

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

Por lo que dejo constancia que la impresión digital del dedo pulgar derecho corresponde al PRESUNTO HEREDERO.

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

Para los efectos legales que a ASAPESPU convenga, firmo y sello la presente, en la ciudad de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ del año: \_\_\_\_\_

**“ UNIDOS POR LA SEGURIDAD DE LA FAMILIA “**