



ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA

5ª. Calle 5-23 zona 1, PBX. 2200-1515, Guatemala, C.A.  
TELEFAX. DIRECTO TRABAJO SOCIAL 2200-1513

**SOLICITUD DE PAGO DE AYUDA ECONOMICA POR FALLECIMIENTO DE  
CÓNYUGE O HIJO (DE 1 DIA DE NACIDO HASTA 18 AÑOS) DE UN ASOCIADO SALUBRISTA**

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

Señores  
Junta Directiva de ASAPESPU  
Presente

Por este medio, Yo \_\_\_\_\_  
me identifico con Documento Personal de Identificación (DPI), con Código Único de Identificación (CUI) No. \_\_\_\_\_

En calidad de asociado (a) Activo ☐ Optativo ☐ con expediente No. \_\_\_\_\_

Con domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Respetuosamente presento ante usted: **“SOLICITUD DE PAGO DE AYUDA ECONOMICA”**

Por el fallecimiento de \_\_\_\_\_

Ocurrido el día \_\_\_\_\_

Según Original de Certificación de Defunción No. \_\_\_\_\_, extendida por el Registro Nacional de las Personas RENAP de \_\_\_\_\_

Con quien acredito el parentesco de: Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐

Para lo cual, adjunto los documentos siguientes:

- 1) Original y fotocopia de documento de Identificación del Asociado (a)
- 2) Original y fotocopia de documento de Identificación de la persona fallecida
- 3) Certificado original de matrimonio o unión de hecho legalizada (Según el caso)
- 4) Certificado original de nacimiento de la persona fallecida
- 5) Certificado original de defunción


En espera de una resolución favorable, me suscribo de usted,

Atentamente,

F) \_\_\_\_\_  
Asociado(a)

**REQUISITOS INTERNOS DE ASAPESPU:**

- 1) Solvencia de Pagos, extendida por el Departamento de Cómputo
- 2) Constancia de expediente completo, extendida por Archivo


F) \_\_\_\_\_  
**Representante Departamental  
(Nombre, firma y sello)**

**EXCLUSIVO DE GERENCIA**

Se hace constar que se tuvo a la vista el presente expediente, trasladado por el Depto. de Trabajo Social, el cual consta de los documentos antes descritos, mismos que satisfacen los requisitos establecidos para el trámite de la ayuda económica, por lo consiguiente ésta Gerencia autoriza su traslado a la Comisión de Revisión de Expedientes y Junta Directiva, para su conocimiento, revisión y posterior cancelación.

F) \_\_\_\_\_  
Delfino Salazar López  
Gerente