**ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA**
**5a. Calle 5-23, Zona 1, Guatemala, C.A**
**PBX 2200-1515 extensión 109, 119 y 133**
**WhatsApp Institucional Archivo 3612-1501**

# SOLICITUD DE INGRESO

NO. DE EXPEDIENTE

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 Ingreso** a dicha Institución, como Asociado _____

de acuerdo al artículo _____10_____, inciso _____B_____ de los Estatutos vigentes, para lo cual proporciono la siguiente información:

**DATOS PERSONALES:**

_____
1er. Apellido 2do. Apellido Apellido de casada

_____
1er. Nombre 2do. Nombre 3er. Nombre

_____
4to. Nombre 5to. Nombre

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐

DPI con CUI: _____ Estado civil: _____

Nombre del cónyuge o conviviente: _____

Con residencia en:_____ _____

Teléfono(s): _____ Correo electrónico: _____

Dirección para recibir notificaciones:_____
Para que el envío de correspondencia sea eficiente favor proporcionar su dirección exacta.

**DATOS LABORALES:**

Lugar de Trabajo: _____

Cargo que desempeña: _____Renglón:_____

**Observaciones:** Soy: Nombre de la asociada, quien labora en: Lugar de Trabajo, como: Cargo

---

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.

Atentamente,

_____
Firma del Solicitante

ANTE MÍ:

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

**¡IMPORTANTE!**
Al dejar de laborar en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ya sea por renuncia, destitución, jubilación u otra circunstancia, debe informar inmediatamente a la Asociación y seguir aportando su cuota; los asociados que incurran en mora por haber dejado de pagar hasta seis meses consecutivos dejarán de ser asociados de "ASAPESPU", sin necesidad de declaración, resolución o notificación alguna, no procediendo el pago de prestación póstuma.

• **Original:** ASAPESPU – **Copia:** ASOCIADO

**ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA**
**5a. Calle 5-23, Zona 1, Guatemala, C.A**
**PBX 2200-1515 extensión 109, 119 y 133**
**WhatsApp Institucional Archivo 3612-1501**

No. DE EXPEDIENTE

# DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Yo:_____
(Nombre Completo)

de_____ años de edad, _____, _____,
Estado Civil Nacionalidad

Por este acto **DECLARO** como únicos y legítimos beneficiarios de la prestación póstuma que en mi calidad de asociado de la Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública se genere con mi fallecimiento, en los porcentajes establecidos, a las siguientes personas:

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | EDAD | SEXO | PARENTESCO | % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Para los efectos legales, hago constar que los NOMBRES Y APELLIDOS de asociado y beneficiarios, que fueron anotados en este documento son los correctos y en caso de discrepancia se deberán realizar las diligencias de identificación de tercero o de persona, según corresponda. Plenamente enterado del contenido y efectos de la presente declaración, la otorgo en el municipio de_____

del departamento de _____, a los _____ días del mes de_____ del

año_____.

_____
Firma del Solicitante

**IMPORTANTE**

1) La presente está sujeta a resolución de aceptación o rechazo por Junta Directiva y/o Gerencia.
2) Cualquier anotación no contemplada en el artículo 7º. del Reglamento del Programa de Prestación Póstuma se tendrá por no válida.
3) Los nombres del asociado y los beneficiarios deben consignarse tal y como aparecen en sus documentos de identificación.
4) Al dejar de laborar en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) ya sea por renuncia, destitución, jubilación u otra circunstancia, debe informar inmediatamente a la Asociación y seguir aportando su cuota; los asociados que incurran en mora por haber dejado de pagar hasta seis meses consecutivos dejarán de ser asociados de "ASAPESPU", sin necesidad de declaración, resolución o notificación alguna, no procediendo el pago de prestación póstuma.

• **Original:** ASAPESPU – **Copia:** ASOCIADO