



SOLICITUD CAMBIO DE BENEFICIARIO

NO. DE EXPEDIENTE



Lugar y fecha: _____

Yo _____

(Nombre completo del Asociado)

Con calidad de asociado(a)

(Activo Laborante, Activo Optativo Ex Salubrista o Jubilado, Optativos: Cónyuge, Hijo, Planta Administrativa y Otras Dependencias)

con número de Documento Personal de Identificación con CUI _____, por este

medio comparezco a **EXPONER:**

- I) Otorgo nueva DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS de la prestación póstuma que en mi calidad de asociado de la Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública, se genere a mi fallecimiento, la cual acompaño y que revoca cualquier declaración anterior.
- II) 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 y en formularios o documentos anteriormente presentados en la Asociación.
- III) Con los datos proporcionados en la presente solicitud sea actualizada la información en el sistema que se utiliza en la Asociación.

DATOS GENERALES

Residencia: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

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: _____

(En caso de ser asociado Ex-Empleado del Ministerio de Salud Pública consignar el último lugar de trabajo)

Municipio: _____ Departamento: _____

Cargo que desempeña o desempeñó: _____

PETICION:

Que se resuelva en el sentido de aceptar el cambio de beneficiarios de prestación póstuma que presento.

f) _____

Firma del asociado solicitante

ANTE MI:

Nombre _____

Representante Departamental, miembro de Órgano de Dirección o Delegado Distrital

Firma

Sello

