



**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

**INTÉRPRETES:** En caso de que el asociado ignore el idioma español, deberá auxiliarse de dos intérpretes no parientes que hablen el idioma de que se trate y el español.  
(Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer intérprete: \_\_\_\_\_

DPI con CUI: \_\_\_\_\_ Idioma interpretado: \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete

Nombre completo del segundo intérprete: \_\_\_\_\_

DPI con CUI: \_\_\_\_\_ Idioma interpretado: \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete

ANTE MI:

Nombre \_\_\_\_\_  
Representante Departamental, miembro de Órgano de Dirección o Delegado Distrital      Firma      Sello



**ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA**

5a. Calle 5-23, Zona 1, Guatemala, C.A

PBX 2200-1515 ext. 109, 119 o 133 / WhatsApp Institucional Archivo 3612-1501

**DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

No. DE EXPEDIENTE

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 \_\_\_\_\_.

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Asociado Solicitante

**INTÉRPRETES:** En caso de que el asociado ignore el idioma español, deberá auxiliarse de dos intérpretes no parientes que hablen el idioma de que se trate y el español.  
(Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer intérprete: \_\_\_\_\_

DPI con CUI: \_\_\_\_\_ Idioma interpretado: \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete

Nombre completo del segundo intérprete: \_\_\_\_\_

DPI con CUI: \_\_\_\_\_ Idioma interpretado: \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_  
Firma del Intérprete

**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