



ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PUBLICA
5a. CALLE 5-23 ZONA 1. GUATEMALA, C. A.

PBX 2200-1515 WhatsApp Institucional Aviso de Fallecimiento 3949-7650

RECIBO POR GASTOS FUNERARIOS A TRAVÉS DE DEPÓSITO BANCARIO

Lugar y fecha: _____

RECIBI DE: **La Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública**
LA CANTIDAD DE: **QUINCE MIL QUETZALES EXACTOS (Q.15,000.00)**
CONCEPTO: Para cubrir los Gastos de Funeral, de acuerdo al artículo 81o. inciso h) de los Estatutos Vigentes.

DATOS DEL ASOCIADO FALLECIDO

Nombre Completo: _____

Documento Personal de Identificación con CUI: _____

Fecha del fallecimiento: _____

**NOTA: COMO BENEFICARIO (A) DOY FE DE HABER RECIBIDO LA CANTIDAD ARRIBA INDICADA POR CONCEPTO DE GASTOS FUNERARIOS
BENEFICIARIO QUE RECIBE EL ANTICIPO**

Nombre completo _____

Documento Personal de Identificación con CUI: _____

Número de Cuenta Bancaria: _____

Nombre del BANCO: _____

f) _____
Firma del Beneficiario o impresión digital del pulgar
derecho en caso de no saber o no poder firmar

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 81°. Damos fe de la veracidad del trámite que se realiza en el presente formulario.

DATOS DEL REPRESENTANTE DEPARTAMENTAL, ÓRGANO DE DIRECCIÓN Y/O DELEGADO DISTRITAL.

Nombre Completo: _____

Nombre de la Representación o cargo como Órgano de Dirección _____

Firma del Representante, miembro de Órgano de Dirección o Delegado Distrital y Sello →

EN PRESENCIA DEL TESTIGO (NO PARIENTE)

Nombre completo _____

Documento Personal de Identificación con CUI: _____

f) _____
FIRMA DEL TESTIGO

ARTÍCULO 23º: 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 BENEFICIARIO no puede firmar por el siguiente motivo: _____

FIRMA DEL TESTIGO A RUEGO