



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 _____, inciso _____ 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: _____

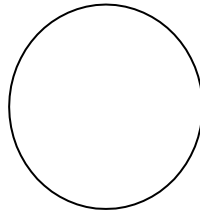
Cargo que desempeña: _____ Renglón: _____

Observaciones: _____

Asimismo, hago de su conocimiento que no sé o no puedo firmar, por lo que estampo en la presente solicitud la impresión digital de mi dedo pulgar derecho u otro que se especifica, la cual utilizo actualmente en los documentos públicos y privados que otorgo.

Plenamente enterado del contenido y efectos de la presente solicitud, ruego a ustedes se sirvan emitir resolución favorable de la misma

Atentamente,



Impresión del Pulgar Derecho u otro: _____ del solicitante

TESTIGO A RUEGO: El asociado que 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. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del testigo a ruego: _____

DPI con CUI: _____

Hago constar que el asociado no puede firmar por el siguiente motivo: _____

Firma del Testigo a Ruego

TESTIGOS INSTRUMENTALES: En caso de que el asociado sea ciego, sordo o mudo, siempre que pueda manifestarse de manera indubitable, se auxiliará de dos testigos instrumentales no parientes. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer testigo instrumental: _____

DPI con CUI: _____

Hago constar que la información consignada, ha sido apegada a la voluntad del asociado, requiriendo mi intervención en la presente solicitud por el siguiente motivo:

Firma del Testigo Instrumental

Nombre completo del segundo testigo instrumental: _____

DPI con CUI: _____

Hago constar que la información consignada, ha sido apegada a la voluntad del asociado, requiriendo mi intervención en la presente solicitud por el siguiente motivo:

Firma del Testigo Instrumental

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



DECLARACION DE BENEFICIARIOS

No. DE EXPEDIENTE

Yo: _____
 (Nombre Completo)

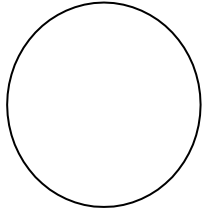
de _____ años de edad, _____
Estado Civil Nacionalidad

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 _____.



Impresión del Pulgar Derecho u otro: _____ del solicitante

TESTIGO A RUEGO: El asociado que 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. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del testigo a ruego: _____

DPI con CUI: _____

Hago constar que el asociado no puede firmar por el siguiente motivo: _____

 Firma del Testigo a Ruego

TESTIGOS INSTRUMENTALES: En caso de que el asociado sea ciego, sordo o mudo, siempre que pueda manifestarse de manera indubitable, se auxiliará de dos testigos instrumentales no parientes. (Arto. 23 de Reglamento General de Estatutos)

Nombre completo del primer testigo instrumental: _____

DPI con CUI: _____

Hago constar que la información consignada, ha sido apegada a la voluntad del asociado, requiriendo mi intervención en la presente solicitud por el siguiente motivo:

Firma del Testigo Instrumental

Nombre completo del segundo testigo instrumental: _____

DPI con CUI: _____

Hago constar que la información consignada, ha sido apegada a la voluntad del asociado, requiriendo mi intervención en la presente solicitud por el siguiente motivo:

Firma del Testigo Instrumental

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