



ASOCIACIÓN DE AUXILIO PÓSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA
5ª. Calle 5-23 Zona 1, Guatemala, Guatemala
PBX: 2200-1515 / PBX Trabajo Social Directo: 2200-1513
WhatsApp: 5451-6183 y 5568-8285

Solicitud de Prestación Póstuma

Lugar y fecha: _____ de _____ de _____

Señores
Junta Directiva
Asociación de Auxilio Póstumo del Empleado de Salud Pública
Presente:

Por este medio Yo: _____

Me identifico con DPI, CUI No. _____

Con residencia en: _____

Teléfono: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

En calidad de:

- a) Beneficiario
- b) Representante legal
- c) Heredero legal
- d) Ejercer patria potestad
- e) Representante administrador
- f) Tutor legal

Del beneficiario / Heredero legal: _____

Respetuosamente, ante ustedes **SOLICITO PAGO DE LA PRESTACIÓN PÓSTUMA** por el fallecimiento del
Asociado(a): _____
Ocurrido el: _____

Adjuntando los documentos requeridos para el trámite. Sin otro particular, me suscribo de ustedes.
Atentamente,

Firma o Impresión Dactilar

Al llenar este formulario me comprometo a presentarme en las oficinas de ASAPESPU el día que se me indique para recibir el pago respectivo.

Observación: Llenar únicamente esta casilla si el interesado no puede firmar, requiriendo un testigo a ruego.

Nombre: _____

DPI, CUI No. _____

Hago constar que la impresión dactilar colocada corresponde al solicitante.

Firma testigo a ruego