



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 PAGO DE AYUDA ECONOMICA POR FALLECIMIENTO DE  
CÓNYUGE O HIJO (DE 1 DIA DE NACIDO HASTA 18 AÑOS) DE UN ASOCIADO SALUBRISTA

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. \_\_\_\_\_

En calidad de asociado (a)    Activo                      Optativo                      con expediente No. \_\_\_\_\_

Con residencia en: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Respetuosamente presento ante usted: **“SOLICITUD DE PAGO DE AYUDA ECONOMICA”**

Por el fallecimiento de: \_\_\_\_\_

Ocurrido el día: \_\_\_\_\_

Según Certificado de Defunción inscrito con el No. \_\_\_\_\_ extendido por el Registro Nacional

de las Personas RENAP de: \_\_\_\_\_

Con quien acredito el parentesco de:      Cónyuge                      Hijo(a)

Para lo cual, adjunto los documentos siguientes:

- 1) Original y fotocopia de documento de Identificación del Asociado(a)
- 2) Original y fotocopia de documento de Identificación de la persona fallecida (Según el caso)
- 3) Certificado original de matrimonio o unión de hecho legalizada (Según el caso)
- 4) Certificado original de nacimiento de la persona fallecida
- 5) Certificado original de defunción

En espera de una resolución favorable, me suscribo de ustedes,

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Nombre completo de Asociado(a)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
(Nombre Completo Representante)

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

**REQUISITOS INTERNOS DE ASAPESPU:**

- 1) Solvencia de Pagos, extendida por el Departamento de Informática
- 2) Constancia de expediente completo, extendida por Archivo

**EXCLUSIVO DE GERENCIA**

Se hace constar que se tuvo a la vista el presente expediente, trasladado por el Departamento de Trabajo Social, el cual consta de los documentos antes descritos, mismos que satisfacen los requisitos establecidos para el trámite de la ayuda económica, por lo consiguiente ésta Gerencia autoriza su traslado a la Comisión de Revisión de Expedientes y Junta Directiva, para su conocimiento, revisión y posterior cancelación.

F) \_\_\_\_\_

Gerente