



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 de dos o más Representantes
o Administradores**

Lugar y fecha: _____ de _____ de _____

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

Por este medio, nosotros: _____ y _____

Identificados con DPI, CUI No. _____ y _____

Con residencia en _____ y _____

Teléfonos: _____ E-mail: _____

En calidad de:

a) Representantes legales

b) Representantes administradores

Del beneficiario / Heredero legal: _____

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

Adjuntando los documentos requeridos para el trámite. Sin otro particular, nos suscribimos de ustedes.

Atentamente,

Firma o Impresión Dactilar

Firma o Impresión Dactilar

Al llenar este formulario nos comprometemos a presentarnos en las oficinas de ASAPESPU el día que
se nos 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