ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA
5a. CALLE 5-23, ZONA 1. GUATEMALA, C. A.
PBX 2200-1515 WhatsApp Institucional Archivo 3612-1501

DEPARTAMENTO DE SECRETARIA GENERAL/
SECCION DE ARCHIVO

INSTRUCTIVO PARA ELABORACIÓN DE COMPROMISO DE ESCRITURA PÚBLICA DE ADMINISTRACIÓN DE PRESTACIÓN POSTUMA DE MENORES DE EDAD

Si los beneficiarios de prestación póstuma fueran menores de edad o incapacitados, y el asociado desea que la prestación póstuma sea entregada a quien no ejerza la patria potestad, deberá nombrar representante administrador de prestación póstuma en Escritura Pública. (**Artículo 8 del Reglamento del Programa de Prestación Póstuma**)

PROCEDIMIENTO:

1. Requerir los servicios de un Notario, quien debe autorizar escritura pública que contenga COMPROMISO DE ADMINISTRACION DE PRESTACION POSTUMA DE MENORES DE EDAD.
2. En el otorgamiento de la escritura deben comparecer el asociado en nombre propio y en representación de sus hijos menores de edad, así como quien se nombra como administrador.
3. En la cláusula primera deben juramentarse a ambas partes de conformidad con la ley.
4. La escritura debe indicar:
   "SEGUNDA:_____bajo juramento DECLARA: a) Ser de los datos de identidad personales anotados; b) Que reside en_____; c) Que es asociado (a) de la ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PUBLICA (ASAPESPU) e instituye como beneficiarios de la prestación póstuma que en dicha entidad se genere con su muerte, a sus hijos menores de edad_____,_____y_____, cuyos nacimientos están inscritos en las partidas_____, y, d) Que para el caso que los beneficiarios indicados fueren aún menores de edad al ocurrir su fallecimiento, nombra a_____, como ADMINISTRADOR (A) DE LA PRESTACION POSTUMA que les corresponda a dichos menores, quien es un tercero que no ejerce patria potestad sobre los beneficiarios, no es pariente de los mismo (o es pariente de los mismos ya que es abuela materna, hermano, tío…. de los menores indicados), además es idóneo (a) para ejercer ese cargo. TERCERA:_____bajo juramento DECLARA: a) Ser de los datos de identidad personales anotados; b) Que señala como lugar para recibir notificaciones su residencia ubicada_____; y, c) Que como REPRESENTANTE ADMINISTRADOR (A) DE PRESTACION POSTUMA de los menores de edad indicados, se compromete legalmente a velar por la adecuada administración e inversión de los fondos de la prestación póstuma que corresponden exclusivamente a los menores antes descritos, así como aperturar una cuenta de ahorros a nombre de dichos menores, llevar un control contable de la misma e informar a las personas o autoridades competentes que tengan interés en el bienestar de los menores acerca del manejo del beneficio; que en caso de incumplimiento del presente compromiso, se sujeta a las leyes vigentes del país, asimismo, deja a la ASOCIACION DE AUXILIO POSTUMO DEL EMPLEADO DE SALUD PUBLICA (ASAPESPU), sin ninguna responsabilidad respecto al dinero que se le entregue y de su administración".
5. Adjuntar a la papelería completa de inscripción y/o cambio de beneficiarios:
   a) Fotocopia legalizada del Testimonio de la Escritura Pública otorgada.
   b) Fotocopia completa del Documento Personal de Identificación del Administrador.
6. En el formulario de Declaración de Beneficiarios que se llenará en las Oficinas de ASAPESPU o con el Representante Departamental, deberá consignar después del nombre del último beneficiario la siguiente anotación:

   NOTA: Si a mi fallecimiento mi (parentesco) aun fuera menor de edad, es mi deseo nombrar como Representante Administrador de Prestación Póstuma a mi (parentesco): (Nombre del tutor), de conformidad con la Escritura Publica número (No. de Escritura) de fecha (fecha de Escritura), autorizada por el Abogado y Notario: (Nombre del Abogado); adjuntando el testimonio de la misma.

---ULTIMA LINEA ---