

SOLICITUD DE SUSPENSIÓN DE PAGO DE PENSIÓN POR FALLECIMIENTO

Expediente Web No. _____

(número se asignara por el Departamento de Clases Pasivas)

Guatemala de de

Señor (a)
Director (a) de Contabilidad del Estado
Su despacho
Señor (a) Director (a):

YO: Datos del Interesado *(obligatorios)*

Nombres y Apellidos Completos:

CUI (pasaporte):

Nacionalidad:

Correo:

No. de Tel:

Dirección:

Datos del Pensionado *(obligatorios)*

Nombres y Apellidos Completos:

CUI (Pasaporte):

Fecha del Fallecimiento:

Hora del Fallecimiento:

Solicito me autorice la Suspensión de pago por el fallecimiento del Pensionado.

Observaciones:

Bajo juramento de ley, declaro que la información consignada en el presente formulario, es fiel y ajustada a la verdad y que conozco las consecuencias legales si lo consignado no fuere cierto.

(f) _____
Firma del Solicitante

Adjunto a la presente los documentos siguientes:

Fotocopia de DPI del SOLICITANTE (obligatorio para todo trámite)

Certificado de Defunción (de su anverso y reverso)

Observaciones:

- Realizar consulta a BANRURAL si existe acreditamiento en el mes del fallecimiento del pensionado.
- Si existe realizar la gestión de calculo de reintegro.