



## 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.