FORMULARIO NB.1
Plan de Prestaciones para el Personal del
Instituto Técnico de Capacitación y Productividad

NOMBRAMIENTO DE BENEFICIARIOS

Señores
JUNTA ADMINISTRADORA
PLAN DE PRESTACIONES PARA EL PERSONAL DEL
INTECAP

Enterado (a) de los beneficios que el Plan de Prestaciones para el personal del Instituto Técnico de Capacitación y Productividad -INTECAP-, otorga a sus miembros afiliados, así como de los derechos y obligaciones que me asisten como miembro activo de dicho Plan, para los efectos correspondientes, me permito presentar mis datos personales, laborales y la designación de beneficiarios para los derechos post-mortem que puedan corresponder.

DATOS DEL AFILIADO:

Nombres y apellidos completos:
Edad: años Estado Civil: Nacionalidad:
Documento Personal de Identificación (DPI), Código Único de Identificación (CUI): Extendido por el Registrador Civil del Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala -RENAP-
Dirección particular: No. teléfono domiciliar: No. teléfono móvil:

INFORMACIÓN LABORAL:

Fecha de ingreso a la institución:	No. Empleado:
Ubicación Unidad Operativa a la que pertenece: No. teléfono:	Extensión:
Cargo que desempeña:	

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA DERECHOS POST-MORTEM

NOMBRE Y APELLIDO	%	PARENTESCO	DOMICILIO

OBSERVACIONES:

- Declaro que los datos proporcionados son verdaderos y autorizo a la Junta Administradora del Plan de Prestaciones para que los pueda corroborar en la forma que considere conveniente, así mismo me comprometo a notificar cualquier cambio y/o modificación.
- Este consentimiento y designación de beneficiarios surtirá efectos a partir de la fecha de entrega al Plan de Prestaciones y dejará sin efecto a los que se haya firmado y entregado anteriormente.
- En caso de que se desee nombrar como beneficiario a menores de edad, deberá señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que en su representación cobre lo correspondiente.

Lugar y fecha:

F) _____
AFILIADO

En la ciudad de el día de del año , como SECRETARIO DE LA JUNTA ADMINISTRADORA DEL PLAN DE PRESTACIONES PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO TÉCNICO DE CAPACITACIÓN Y PRODUCTIVIDAD, DOY FE: que la firma que antecede es auténtica por haber sido puesta el día de hoy en mi presencia por el Señor (a)

y calza la designación de beneficiarios para derechos post-mortem al Plan de Prestaciones para el personal del Intecap. El (a) signatario (a) firma la presente Acta de Legalización y el Secretario que da fe.

f)_____ f)_____
Afiliado Secretario