

INSTRUCTIVO PENSIONES ESPECIALES

NOTA IMPORTANTE: El trámite es gratuito y sencillo, puede ser realizado **ante esta Oficina, en las ventanillas del departamento de Atención al Público, en las sedes regionales de Quetzaltenango y Zacapa**, por el interesado o su Representante Legal (mandatario debidamente registrado y facultado para firmar todo tipo de documentos relacionados con el trámite de pensiones, extremo que deberá acreditar presentando fotocopia autenticada del mandato.)

El formulario puede llenarlo a máquina o con letra de molde lo suficientemente clara evitando tachones y enmendaduras no salvadas legalmente. Se recomienda que sea llenado y firmado con tinta azul, en los cuadros marque con una X la información que corresponda y en las casillas anote lo que se le solicita, antes de ingresar el expediente, verifique que no exista discrepancia en la información del beneficiario y/o causante, así mismo la documentación deberá estar completa, **DE LO CONTRARIO EL EXPEDIENTE NO SE TENDRA POR ADMITIDO.**

Si el causante al momento del fallecimiento era trabajador civil del Estado, tendrán seis meses (6) a partir de la fecha del fallecimiento para presentar la solicitud de pensión, **CASO CONTRARIO LA FECHA DE PAGO SERÁ LA FECHA DE ADMISIÓN DE LA SOLICITUD.**

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA SOLICITAR PENSIÓN A FAVOR DE PADRES:

- Solicitud de Pensión:** este formulario lo proporciona la Oficina sin ningún costo. Si el trámite lo realiza el interesado directamente, la firma podrá ser ratificada por el personal que atiende las diferentes ventanillas; en caso que el interesado no pueda realizar el trámite personalmente, la solicitud podrá ser ratificada por el Alcalde Municipal o Gobernador Departamental, o confirma Legalizada por notario.
- Certificación de **partida de nacimiento del causante (vigente).**
- Certificación de **partida de defunción del causante** en original y fotocopia (**vigente**).
- Certificación de **partida de nacimiento del beneficiario (vigente).**
- Certificación de **Servicios prestados al Estado.** Estos documentos pueden ser solicitados en las instituciones que se detallan a continuación, según el periodo laborado:

Hasta 1970	Contraloría General de Cuentas
1971 a la fecha	Oficina Nacional de Servicio Civil

*Podrá solicitar la Certificación correspondiente que emite la -ONSEC- **a través de esta Oficina o en el Portal de Comunicaciones Electrónicas ONSEC -CEO- <https://ceo.onsec.gob.gt/login.php>**

Se deberá solicitar la certificación de servicios a las instituciones del Estado, entidades descentralizadas o autónomas, cuando corresponda (es decir, cuando las entidades antes descritas en el inciso d), no cuenten con la información necesaria).

- Si el interesado, labora o laboró en dos instituciones o más en un mismo periodo de tiempo, deberá presentar **CERTIFICACIÓN DE HORARIOS** de cada institución.

OTROS DOCUMENTOS:

- Dos (2) fotocopias simples del **Documento Personal de Identificación -DPI-** del Causante.
- Dos (2) fotocopias simples del **Documento Personal de Identificación -DPI-** del Beneficiario (**vigente**).
- Certificación del acta de entrega de cargo** en original y fotocopia (Deberá contener la firma y sello de la persona que certifica y del superior que otorgue el visto bueno), únicamente si el causante al momento del fallecimiento era trabajador civil del Estado
- Fotocopia del Acuerdo y/o Resolución** (Únicamente si el beneficiario percibe otra Pensión del Estado, entidades Descentralizadas o Autónomas).
- Certificación de solvencia** en original y fotocopia, extendida por la Dirección de Recursos Humanos o equivalente de cada institución donde haya prestado servicios **únicamente para las personas que ya entregaron el cargo** (Decreto 54-2022. Ley del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para el Ejercicio Fiscal dos mil veintitrés).

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA SOLICITAR PENSIÓN A FAVOR DE HERMANOS, NIETOS, SOBRINOS MENORES O INCAPACES:

Corresponderá el derecho, siempre que, a la fecha del fallecimiento del causante, estuvieren bajo su tutela declarada de conformidad con la ley y deberá presentar los mismos documentos citados anteriormente en este instructivo según corresponda, agregando:

- Certificación de partida de nacimiento del beneficiario en la que conste las anotaciones de tutela y el discernimiento de dicho cargo.

TRÁMITE GRATUITO

Antes de llenar este formulario sírvase consultar el instructivo adjunto

Señor (a) Director (a) de la Oficina Nacional de Servicio Civil:

De conformidad con lo establecido en la Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado, solicito la Pensión Civil que a continuación indico, acompañando para el efecto los documentos respectivos.

DATOS DEL EX SERVIDOR DEL ESTADO QUE GENERA EL BENEFICIO

Nombre del fallecido (a): _____

Se encontraba pensionado (a): SI NO

Clase de pensión que percibía: Jubilación Invalidez

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO MAYOR DE EDAD

1	1er. Apellido	2do. Apellido	Apellido de Casada
	1er. Nombre	2do. Nombre	3er. Nombre

2	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Etnia: Maya <input type="checkbox"/> Garífuna <input type="checkbox"/> Xinca <input type="checkbox"/> Ladino <input type="checkbox"/>	3	Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____
---	--	--	---	--

4	Lugar de Nacimiento: Municipio: _____ Departamento: _____
---	---

5	Nacionalidad: _____	6	Ubicación Geográfica: (atendiendo a su lugar de residencia) Área Urbana <input type="checkbox"/> Área Rural <input type="checkbox"/>
---	---------------------	---	--

7	-DPI- con código único de identificación: _____	8	Afiliación al IGSS No. _____
---	---	---	------------------------------

9	Estado Civil: Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Unido (a) de Hecho Legalmente Declarado <input type="checkbox"/>
---	---

10	Profesión u Oficio: _____
----	---------------------------

11	Escolaridad: Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Diversificado <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/>
----	---

12	Comunidad lingüística:	1. Español <input type="checkbox"/>	6. Ch'orti <input type="checkbox"/>	11. Kaqchikel <input type="checkbox"/>	16. Poqomchi <input type="checkbox"/>	21. Tektileko <input type="checkbox"/>
		2. Achi <input type="checkbox"/>	7. Chuj <input type="checkbox"/>	12. K'iche <input type="checkbox"/>	17. Q'anjob'al <input type="checkbox"/>	22. Tz'utujil <input type="checkbox"/>
		3. Akateko <input type="checkbox"/>	8. Itza <input type="checkbox"/>	13. Mam <input type="checkbox"/>	18. Q'eqchi <input type="checkbox"/>	24. Garífuna <input type="checkbox"/>
		4. Awakateko <input type="checkbox"/>	9. Ixil <input type="checkbox"/>	14. Mopan <input type="checkbox"/>	19. Sakapulteko <input type="checkbox"/>	25. Xinka <input type="checkbox"/>
		5. Chalchiteko <input type="checkbox"/>	10. Jakalteko <input type="checkbox"/>	15. Poqoman <input type="checkbox"/>	20. Sipakapense <input type="checkbox"/>	

13	Dirección de Residencia: (Obligatorio indicarla) _____
----	---

14	(Obligatorio indicarlo) Número Telefónico: _____ Correo electrónico: _____
----	---

15 CLASE DE PENSIÓN ESPECIAL QUE SOLICITO

A FAVOR DE PADRES

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

Estoy enterado (a) de las penas relativas al delito de perjurio si lo declarado no fuera cierto. (Llenar únicamente si solicita pensión a favor de padres)

SI NO

Percibo Pensión similar del Estado o de sus Entidades Descentralizadas o Autónomas.
(En caso afirmativo indicar Dependencia o Entidad, clase de pensión).

Tengo en suspenso o reservada Pensión similar del Estado. (En caso afirmativo indicar Dependencia o Entidad y tipo de Pensión).

Presto mis servicios en el Estado, Entidades Descentralizadas, Autónomas, otros Órganos del Estado u otras entidades incorporadas al Régimen de Clases Pasivas Civiles del Estado.
(En caso afirmativo indicar Dependencia o Entidad y en caso negativo indicar la fecha de entrega del cargo).

He realizado trámite anterior ante esta Dirección de Previsión Civil
(si su respuesta es afirmativa indicar de que tipo).

SI

NO

Percibo aporte Económico del Programa de la Ley del Adulto Mayor:

El causante a su fallecimiento dejó viuda, viudo, hijos menores o incapaces.

Uno de los padres del causante ya falleció.

16

CLASE DE PENSIÓN ESPECIAL QUE SOLICITO (para menores o incapaces)

1. A FAVOR DE HERMANOS

2. A FAVOR DE NIETOS

3. A FAVOR DE SOBRINOS

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

Estoy enterado (a) de las penas relativas al delito de perjurio si lo declarado no fuera cierto, marque el que corresponde. (Llenar únicamente si solicita pensión a favor de hermanos, nietos o sobrinos)

SI

NO

PARA HERMANOS: El causante al momento de su fallecimiento dejó viudo (a), padres, hijos menores o incapaces.

PARA NIETOS: El causante al momento de su fallecimiento dejó viudo (a), hijos menores o incapaces, padres, hermanos menores o incapaces.

PARA SOBRINOS: El causante al momento de su fallecimiento dejó viudo (a), hijos menores o incapaces, padres, hermanos, nietos menores o incapaces.

QUEDO ENTERADO (A) QUE:

- a) Si el causante a la fecha del fallecimiento era trabajador civil del Estado, tendrán seis (6) meses a partir de la fecha del fallecimiento para presentar la solicitud de pensión, **CASO CONTRARIO LA FECHA DE PAGO SERÁ LA FECHA DE ADMISIÓN DE LA SOLICITUD.**
- b) Si el causante se encontraba jubilado, **la fecha de pago será a partir de la fecha de su fallecimiento.**
- c) Si la solicitud de pensión a favor de padres deriva del fallecimiento **de un pensionado por invalidez, EL PAGO SE HARÁ EFECTIVO A PARTIR DE LA FECHA DE ADMISIÓN, siempre que el trabajador haya contribuido al régimen durante dos (2) años, como mínimo.**
- d) **A los padres del causante le corresponde a cada uno el 50% de la pensión salvo que sólo uno de ellos exista, en cuyo caso le corresponde el 100% de la misma.**
- e) Si la solicitud de pensión es a favor de hermanos, nietos, sobrinos menores o incapaces corresponderá el derecho, siempre que, **a la fecha del fallecimiento del causante, estuvieren bajo su tutela declarada de conformidad con la ley, y si deriva del fallecimiento de un pensionado por invalidez, corresponderá si el trabajador contribuyó durante diez (10) años como mínimo al régimen.**

LLENE ESTE ESPACIO ÚNICAMENTE SI EXISTE REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR

Nombre y apellidos completos:

Quién se identifica con -DPI- con Código Único de Identificación:

LLENE ESTE ESPACIO ÚNICAMENTE SI EXISTE TESTIGO (Cuando el solicitante no pueda firmar)

Nombre y apellidos completos:

Quién se identifica con -DPI- con Código Único de Identificación:

Firma de testigo:

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del Solicitante o Impresión Digital

LEGALIZACIÓN DE FIRMA:

TRÁMITE GRATUITO