

La Oficina Nacional de Servicio Civil, le da la más cordial bienvenida a la realización de su trámite de pensión, expresándole que nuestra misión es servirle, como usted se lo merece.

INSTRUCTIVO PENSIÓN CIVIL POR JUBILACIÓN E INVALIDEZ

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) **o a través del Portal de Comunicaciones Electrónicas ONSEC -CEO- <https://ceo.onsec.gob.gt/login.php>**

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, así mismo la documentación deberá estar completa **DE LO CONTRARIO EL EXPEDIENTE NO SE TENDRA POR ADMITIDO.**

Las personas que dejaron de laborar tendrán seis meses (6) a partir de la fecha de entrega de cargo para presentar la solicitud de pensión, **CASO CONTRARIO LA FECHA DE PAGO SERÁ LA FECHA DE ADMISIÓN DE LA SOLICITUD.**

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA SOLICITAR LA PENSIÓN CIVIL POR JUBILACIÓN:

- 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 con firma Legalizada por notario.
- Certificación de **Partida de nacimiento del beneficiario (vigente).**
- Certificación de **Antecedentes penales**, extendida por el Organismo Judicial (**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- (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 para las personas que ya entregaron el cargo.
- 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).
- Copia Certificada del **Comprobante Único de Registro -CUR-** emitido por el Ministerio de Finanzas Públicas (Deberá ser presentado únicamente cuando el interesado haya contribuido voluntariamente según Artículo 20 de la Ley de Clases Civiles Pasivas del Estado).
- Fotocopia del Acuerdo y/o Resolución** (Únicamente si el beneficiario percibe otra Pensión del Estado, entidades Descentralizadas o Autónomas).
- Si está laborando en la Universidad de San Carlos de Guatemala deberá hacerlo de conocimiento a esta oficina, presentando para el efecto **fotocopia certificada del nombramiento respectivo**, en el que se le acredite que los servicios que presta **son de docencia o investigación**.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA SOLICITAR PENSIÓN CIVIL POR INVALIDEZ:

- Deberá presentar los mismos documentos citados anteriormente en este instructivo, agregando **CERTIFICACIÓN MÉDICA EXTENDIDA POR LA SECCIÓN DE MEDICINA LEGAL Y EVALUACION DE INCAPACIDADES DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL -IGSS- donde conste la incapacidad que presenta el trabajador civil de Estado.**

Al momento de presentar su solicitud de Pensión Civil por Invalidez **debe estar desempeñando su puesto correspondiente.**

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.

CLASE DE PENSIÓN QUE SOLICITO

1. JUBILACIÓN 2. REVISIÓN A LA JUBILACIÓN 3. INVALIDEZ

DATOS GENERALES DEL SERVIDOR(A) O EXSERVIDOR(A) QUE SOLICITA

1	1er. Apellido		2do. Apellido		Apellido de Casada						
	1er. Nombre		2do. Nombre		3er. Nombre						
2	Género:	Etnia:		3	Fecha de Nacimiento:						
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Maya <input type="checkbox"/> Xinca <input type="checkbox"/>	Garífuna <input type="checkbox"/> Ladino <input type="checkbox"/>		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"/>	23. Uspanteko <input type="checkbox"/>
							4. Awakateko <input type="checkbox"/>	9. Ixil <input type="checkbox"/>	14. Mopan <input type="checkbox"/>	19. Sakapulteko <input type="checkbox"/>	24. Garífuna <input type="checkbox"/>
							5. Chalchiteko <input type="checkbox"/>	10. Jakalteko <input type="checkbox"/>	15. Poqoman <input type="checkbox"/>	20. Sipakapense <input type="checkbox"/>	25. Xinka <input type="checkbox"/>
13	Dirección de Residencia: (Obligatorio indicarla) _____										
14	(Obligatorio indicarlo)										
	Número Telefónico: _____			Número Telefónico (no obligatorio): _____							
	Correo electrónico: _____										

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

Estoy enterado (a) de las penas relativas al delito de perjurio si lo declarado no fuera cierto.

SI
NO

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

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

Presto actualmente 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).

Percibe aporte económico del Programa de la Ley del Adulto Mayor.

He perdido la nacionalidad guatemalteca

QUEDO ENTERADO (A) QUE:

- a) Para tener derecho al pago de la pensión a partir de la fecha en que se entregó el último cargo, debo estar comprendido en lo establecido en los artículos 1 y 2 de la Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado, **asimismo acreditar tener derecho al beneficio y acompañar la documentación CON TODOS LOS REQUISITOS QUE EXIGE LA LEY, antes de transcurridos seis (6) meses a partir de la fecha de entrega del cargo.**
- b) Cuando se requiera Nueva Liquidación después de los seis (6) meses de haber cesado en el último cargo, **el pago se hará efectivo a partir de la fecha de admisión de la solicitud de nueva liquidación.**
- c) Quienes ya no tengan relación laboral con el Estado, pero hayan adquirido el derecho por razón de edad y tiempo de servicios y éste no hubiese prescrito (5 años), así como aquellos que se hayan acogido a la contribución voluntaria por cese, **la pensión que corresponda SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DE LA FECHA DE ADMISIÓN DE LA SOLICITUD** (artículo 4, reglamento de la Ley de Clases Pasivas Civiles del Estado).
- d) La presentación de certificación de horarios cuando sea necesario, así como la identificación de persona y tercero, **modifican la fecha de admisión de su solicitud por lo que la fecha de pago podría variar según el caso.**

LLENE ESTE ESPACIO ÚNICAMENTE SI EXISTE REPRESENTANTE LEGAL

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



PROYECTO DE MODELO DE ACTA

EL INFRASCRITO _____ CERTIFICA: QUE PARA EL EFECTO TUVO A LA
VISTA EL LIBRO DE ACTAS No. _____ **Cargo de quien certifica**
AUTORIZADO POR LA CONTRALORIA GENERAL DE CUENTAS
Y QUE A FOLIO No. _____ APARECE LA QUE COPIADA LITERALMENTE INDICA:

Acta número _____. En la ciudad de _____ a las
_____ horas del día _____ constituidos en
_____ los señores:
_____ y _____

quien suscribe con el objeto siguiente: _____

PRIMERO: Hace entrega con efectos del _____ el (la) señor (a) _____
del puesto _____ con sueldo mensual de _____
con cargo a la partida número: _____ - _____

SEGUNDO: con base en el artículo anterior se acepta y declara VACANTE el puesto de: _____
con carga a la partida presupuestaria No. _____, el cual surte efecto a partir de _____

TERCERO: No habiendo más que hacer constar se finaliza la presente en el mismo lugar y fecha a las
_____ horas, acordándose enviar copias a donde corresponde y firmando los que en ella internivieron.
(Aparecen las firmas y sellos correspondientes). -----

Y PARA REMITIR A DONDE CORRESPONDE SE EXTIENDE, FIRMA Y SELLA LA PRESENTE, EN _____
() HOJAS DE PAPEL BOND DEBIDAMENTE CONFRONTADA CON SU ORIGINAL, EN _____

A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DEL AÑO _____

FIRMA, NOMBRE Y SELLO DE QUIEN CERTIFICA
(Deberá ser el mismo puesto que figura en el encabezado).

Vo.Bo. FIRMA, NOMBRE Y SELLO
(Superior inmediato)

NOTA:
La certificación del acta deberá tener la firma y sello de la persona que certifica y del superior que otorgue el visto bueno.

TRÁMITE GRATUITO