

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 _____
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. Xinca <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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Percibo Pensión similar del Estado, sus Entidades Descentralizadas o Autónomas. (En caso afirmativo indicar Dependencia o Entidad y clase de pensión).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo en suspenso o reservada Pensión similar del Estado (En caso afirmativo indicar Dependencia o Entidad y tipo de pensión).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He realizado trámite anterior ante esta Dirección de Previsión Civil (si su respuesta es afirmativa indicar de que tipo).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Percibe aporte económico del Programa de la Ley del Adulto Mayor.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 _____ **Cargo de quien certifica** CERTIFICA: QUE PARA EL EFECTO TUVO A LA VISTA EL LIBRO DE ACTAS No. _____ 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