

INSTRUCTIVO PENSIÓN CIVIL POR VIUDEZ Y ORFANDAD

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 VIUDEZ:

- 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 **partida de matrimonio o de la unión de hecho legalmente declarada**, extendida con fecha posterior al fallecimiento del Causante **(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).**
- Si el conyugue trabaja para el Estado, deberá presentar **certificación de servicios en la que conste que mantiene relación de trabajo con el Estado o entidades afectas a la Ley**, extendida por la institución donde labora.
- 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 CIVIL POR ORFANDAD:

Deberá presentar los mismos documentos citados anteriormente en este instructivo según corresponda, agregando:

- Dos (2) fotocopias simples del **Documento Personal de Identificación -DPI-** del representante legal del menor (vigente).
- Certificación de partida de nacimiento de los menores **de edad (vigentes).**

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA SOLICITAR PENSIÓN CIVIL POR ORFANDAD (DECLARADOS LEGALMENTE INCAPACES):

Deberá presentar los mismos documentos citados anteriormente en este instructivo según corresponda, agregando:

- Dos (2) fotocopias simples del **Documento Personal de Identificación -DPI-** del representante legal **(vigente).**
- Certificación de **partida de nacimiento del beneficiario declarado legalmente incapaz** (En la certificación deberá constar la interdicción, la tutoría y el discernimiento del cargo respectivo).

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. VIUDEZ 2. ORFANDAD 3. VIUDEZ Y ORFANDAD

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 (Cónyuge Supérstite del fallecido)

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 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 _____ | | |
| | 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 | Afilación 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"/> | |

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD O MAYORES DE EDAD DECLARADOS LEGALMENTE INCAPACES (Hijos del Fallecido)

| | NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO | FECHA DE NACIMIENTO | | |
|--|----------------------------|---------------------|-----|-----|
| | | Día | Mes | Año |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DIRECCIÓN

| | | |
|----|--|---|
| 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 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).

Percibo aporte Económico del Programa de la Ley del Adulto Mayor

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 deriva del fallecimiento de un pensionado por invalidez, **EL PAGO SE HARÁ EFECTIVO A PARTIR DE LA FECHA DE ADMISIÓN.**

LLENE ESTE ESPACIO ÚNICAMENTE SI SOLICITA PENSIÓN POR ORFANDAD O 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