

**SOLICITUD DE BENEFICIO DE  
PENSIÓN POR SOBREVIVENCIA**

VIUDEZ

ORFANDAD

ASCENDENCIA

**Directorio de Especialistas, o en su defecto Señor (a) Director (a) Interino (a)  
Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP)**

**I. INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS**

**Beneficiario - 1**

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_/M \_\_\_\_/A \_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento      Edad      Parentesco con Causante

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Profesión u Oficio      No. de Tel. Fijo      No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad y Departamento: \_\_\_\_\_

Nombre de Colegio y/o Universidad: \_\_\_\_\_

GÉNERO	F		TIPO DE DISCAPACIDAD						
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA			
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE			
¿TIENE DISCAPACIDAD?	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL			
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL						
ZONA	ETNIA								
	MESTIZO			PECH		MISQUITO		TAWAHKA	
	RURAL		NEGRO HABLA INGLESA		LENCA		TOLUPAN		NAHUA
	URBANO		MAYA-CHORTI		CREOLES		GARÍFUNA		OTROS

*\*Solicitud de información requerido por "SEMUIER", según lo establecido en el Artículo 8 del Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM), dicha información no tendrá efecto en los procedimientos del solicitante en INJUPEMP.*

Nombre Rep. Legal/Tutor/Curador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
DNI      No. de Teléfono      Correo Electrónico

**Beneficiario - 2**

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_/M \_\_\_\_/A \_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento      Edad      Parentesco con Causante

\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Profesión u Oficio      No. de Tel. Fijo      No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad y Departamento: \_\_\_\_\_

Nombre de Colegio y/o Universidad: \_\_\_\_\_

GÉNERO	F		TIPO DE DISCAPACIDAD						
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA			
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE			
¿TIENE DISCAPACIDAD?	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL			
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL						
ZONA	ETNIA								
	MESTIZO			PECH		MISQUITO		TAWAHKA	
	RURAL		NEGRO HABLA INGLESA		LENCA		TOLUPAN		NAHUA
	URBANO		MAYA-CHORTI		CREOLES		GARÍFUNA		OTROS

\*Solicitud de información requerido por "SEMUIER", según lo establecido en el Artículo 8 del Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM), dicha información no tendrá efecto en los procedimientos del solicitante en INJUPEMP.

Nombre Rep. Legal/Tutor/Curador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI

\_\_\_\_\_ No. de Teléfono

\_\_\_\_\_ Correo Electrónico

**Beneficiario - 3**

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_\_ /M \_\_\_\_\_ /A \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_ Edad

\_\_\_\_\_ Parentesco con Causante

\_\_\_\_\_ Profesión u Oficio

\_\_\_\_\_ No. de Tel. Fijo

\_\_\_\_\_ No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad y Departamento: \_\_\_\_\_

Nombre de Colegio y/o Universidad: \_\_\_\_\_

GÉNERO	F		TIPO DE DISCAPACIDAD					
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA		
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE		
¿TIENE DISCAPACIDAD?	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL		
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL					
ZONA	ETNIA							
	MESTIZO			PECH		MISQUITO		TAWAHKA
	RURAL		NEGRO HABLA INGLESA		LENCA		TOLUPAN	NAHUA
URBANO		MAYA-CHORTI		CREOLES		GARÍFUNA	OTROS	

\*Solicitud de información requerido por "SEMUIER", según lo establecido en el Artículo 8 del Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM), dicha información no tendrá efecto en los procedimientos del solicitante en INJUPEMP.

Nombre Rep. Legal/Tutor/Curador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DNI

\_\_\_\_\_ No. de Teléfono

\_\_\_\_\_ Correo Electrónico

**Beneficiario - 4**

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_\_ /M \_\_\_\_\_ /A \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_ Edad

\_\_\_\_\_ Parentesco con Causante

\_\_\_\_\_ Profesión u Oficio

\_\_\_\_\_ No. de Tel. Fijo

\_\_\_\_\_ No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad y Departamento: \_\_\_\_\_

Nombre de Colegio y/o Universidad: \_\_\_\_\_

GÉNERO	F		TIPO DE DISCAPACIDAD					
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA		
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE		
¿TIENE DISCAPACIDAD?	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL		
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL					
ZONA	ETNIA							
	MESTIZO			PECH		MISQUITO		TAWAHKA
	RURAL		NEGRO HABLA INGLESA		LENCA		TOLUPAN	NAHUA
URBANO		MAYA-CHORTI		CREOLES		GARÍFUNA	OTROS	

\*Solicitud de información requerido por "SEMUIER", según lo establecido en el Artículo 8 del Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM), dicha información no tendrá efecto en los procedimientos del solicitante en INJUPEMP.

Nombre Rep. Legal/Tutor/Curador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DNI

\_\_\_\_\_

No. de Teléfono

\_\_\_\_\_

Correo Electrónico

### Beneficiario - 5

\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos

DNI \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_\_ /M \_\_\_\_\_ /A \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_

Edad

\_\_\_\_\_

Parentesco con Causante

\_\_\_\_\_

Profesión u Oficio

\_\_\_\_\_

No. de Tel. Fijo

\_\_\_\_\_

No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad y Departamento: \_\_\_\_\_

Nombre de Colegio y/o Universidad: \_\_\_\_\_

GÉNERO	F		TIPO DE DISCAPACIDAD						
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)		DISCAPACIDAD COGNITIVA				
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)		DISCAPACIDAD MULTIPLE				
¿TIENE DISCAPACIDAD?	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)		DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL				
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL						
ZONA	ETNIA								
	MESTIZO			PECH		MISQUITO		TAWAHKA	
	RURAL		NEGRO HABLA INGLESA		LENCA		TOLUPAN		NAHUA
URBANO		MAYA-CHORTI		CREOLES		GARÍFUNA		OTROS	

\*Solicitud de información requerido por "SEMUIJER", según lo establecido en el Artículo 8 del Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM), dicha información no tendrá efecto en los procedimientos del solicitante en INJUPEMP.

Nombre Rep. Legal/Tutor/Curador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DNI

\_\_\_\_\_

No. de Teléfono

\_\_\_\_\_

Correo Electrónico

### II. INFORMACIÓN DEL CAUSANTE

\_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos

DNI \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

D \_\_\_\_\_ /M \_\_\_\_\_ /A \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

D \_\_\_\_\_ /M \_\_\_\_\_ /A \_\_\_\_\_

Fecha de Fallecimiento

### III. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

Comparecemos ante el Instituto solicitando el Beneficio de Pensión por Sobrevivencia y para acreditar los requisitos pertinentes, acompañamos la presente solicitud con los siguientes documentos:

- 1. Dos (2) copias del Certificado de defunción original extendido por el Registro Nacional de las Personas.
- 2. Reporte de Causa de Muerte o manifestación por la falta del mismo.
- 3. Certificado original de Acta de Nacimiento del Causante, con notas marginales actualizadas.
- 4. Una (1) fotocopia legible por ambos lados de la DNI de los beneficiarios.
- 5. Un (1) recibo de servicio público correspondiente a la residencia actual de cada beneficiario, el cual deberá coincidir con la dirección descrita en la Sección I de esta solicitud.
- 6. Certificado de Nacimiento Original de cada beneficiario (NOTA: En caso de presentar inconsistencia en nombres o apellidos, fecha de nacimiento, número de DNI u otros, deberá acudir al Registro Nacional de las Personas (RNP) respectivo a resolver dicha inconsistencia o en su defecto presentar Información Ad-Perpetuam).
- 7. En caso de contar con un Representante legal/Tutor/Curador que gestione mi (nuestro) trámite, adjunto copia de "Carta Poder" correspondiente de cada beneficiario.
- 8. Certificación de Matrimonio original o Certificado de Unión de Hecho, en caso de pensión por viudez.
- 9. Declaración Jurada según el formato establecido por el INJUPEMP, autenticada (para Pensión por Viudez y Pensión por Ascendencia).

- 10. Constancia de no tener en trámite pendiente de Unión de Hechos, solicitado en la localidad de fallecimiento del causante (Pensión por Ascendencia/Viudez).
- 11. Constancia de Saldos emitida por el Departamento de Cartera y Cobro, proyectada a 6 meses (a nombre del causante).
- 12. En caso de acreditar cotizaciones antes de 1990 en Instituciones Clausuradas, deberá presentar Constancia razonada emitida por la Unidad de Operaciones y Certificación o Constancia del Centro Documental de la Secretaría de Finanzas (SEFIN), más documentación que pueda verificar dichas cotizaciones.
- 13. Publicación original de aviso de trámite en un diario de alta o mayor circulación nacional según formato adjunto emitido por el Instituto.
- 14. Historial académico original comprendido en el período entre el fallecimiento del causante y la fecha de solicitud del Beneficio (para estudiantes mayores de 18 años y menores de 25 años).
- 15. Constancia de Matricula de Estudios vigente de la Institución Educativa que compruebe el estatus de estudiante para los solicitantes mayores de 18 años y menores de 25 años.
- 16. En caso de solicitar Pensión por Orfandad Vitalicia (por discapacidad para cualquier edad), presentar Constancia o Certificación del Diagnóstico Médico, emitida por una Institución Asistencial del Estado, que demuestre la incapacidad de la persona.
- 17. Constancia original de cuenta bancaria de ahorro (en Lempiras) a nombre de cada beneficiario o Tutor/Curador en el caso que aplique, extendida por la Institución bancaria de su preferencia (no se aceptarán constancias de Cooperativas o Financieras).
- 18. Constancia de no tener beneficios en otras Instituciones Públicas de Previsión Social.

Para Participantes con estatus "Activo" o en "Suspenseo":

- 19. Certificación Laboral (Acuerdo de nombramientos y/o Cancelaciones) de todas las Instituciones donde haya trabajado el causante, extendida en papel membretado, con sello y firma de Recursos Humanos (conforme al modelo establecido por INJUPEMP, ver "Forma C-2") \*NOTA: En caso de que alguno de los documentos presentados no concuerde con el nombre del DNI, deberá acreditarlo mediante una constancia extendida por la oficina de RR.HH. de la Institución donde laboró, explicando que se trata de la misma persona.
- 20. Acuerdo o acción de personal de licencia (s) sin goce de sueldo firmada (s) por Recursos Humanos de la Institución correspondiente (únicamente en caso de haberlas gozado).
- 21. Copia de la Sentencia de Juzgados (en caso de "Despido" y haber sido reintegrado mediante sentencia judicial).
- 22. Constancia de la Liquidación de pago, desglosados mensualmente en concepto de salarios dejados de percibir extendida por Recursos Humanos de la Institución en la cual laboró (salarios caídos, casos de despidos y reintegro).

#### IV. DECLARACIÓN

En virtud de lo anteriormente expuesto comparecemos ante Usted, solicitando la admisión del **Beneficio de Pensión por Sobrevivencia** en los términos de la Ley de INJUPEMP para seguir el proceso de análisis correspondiente.

**Así mismo hago constar que:**

- 1.- La información detallada en la presente solicitud es verdadera y los documentos presentados son verídicos.
- 2.- Manifestamos que, en caso de que el Participante fallecido mantuviera Préstamos Personales o Préstamos Hipotecarios (en todas sus variables para ambos tipos de préstamos) pendientes de pago con el Instituto, razón por la cual, autorizamos para que del monto de la pensión del beneficio sea deducida la cuota correspondiente hasta la completa cancelación de la deuda, incluyendo el caso en que el causante hubiera actuado como Aval de un préstamo que se encuentre en mora.
- 3.- En caso de aprobación del Beneficio, autorizo al INJUPEMP a realizar los depósitos de la pensión en las cuentas bancarias declaradas por cada beneficiario en la presente solicitud.
- 4.- Me comprometo a cumplir con lo establecido en la Ley del INJUPEMP, y en caso de incompatibilidades, a reintegrar los valores indebidos.

**FUNDAMENTOS DE DERECHO:** Fundamentamos la presente petición en el Artículo 80 de la Constitución de la República de Honduras, y en los Artículos 64 y 69 de la Ley del INJUPEMP.

	<b>V. NOMBRES Y APELLIDOS DEL O LOS BENEFICIARIO (S) EN EL ORDEN SIGUIENTE</b> (Cónyuge, hijo (a), Representante Legal (cuando aplique, padre o madre))	<b>FIRMA Y HUELLA</b>
1		
2		

3		
4		
5		

**IV. PARA USO EXCLUSIVO DEL INJUPEMP**

**Pensión por Supervivencia aplica a:**

- Pensión por Viudez Vitalicia
- Pensión por Viudez Temporal
- Pensión por Orfandad Vitalicia
- Pensión por Orfandad Temporal
- Pensión por Ascendencia

\_\_\_\_\_  
Nombre del Receptor de Secretaría General

\_\_\_\_\_  
Firma