

**SOLICITUD DE GARANTÍA DE OTORGAMIENTO**

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. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS										
<b>Beneficiario - 1</b>										
Nombre y Apellidos _____										
DNI _____, Correo Electrónico _____										
D ____ /M ____ /A ____			Parentesco con Causante _____			Edad _____				
Fecha de Nacimiento										
Profesión u Oficio _____			No. de Tel. Fijo _____			No. de Tel. Celular _____				
Dirección de residencia: _____										
Ciudad y Departamento: _____										
<b>GÉNERO</b>	F		<b>TIPO DE DISCAPACIDAD</b>							
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA				
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE				
<b>¿TIENE DISCAPACIDAD?</b>	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL				
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL							
<b>ZONA</b>	<b>ETNIA</b>									
	MESTIZO			PECH			MISQUITO			TAWAHKA
	RURAL	NEGRO HABLA INGLESA			LENCA			TOLUPAN		
URBANO	MAYA-CHORTI			CREOLES			GARÍFUNA			OTROS
<i>*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.</i>										
Nombre Rep. Legal/Tutor/Curador: _____										
DNI _____			No. de Teléfono _____			Correo Electrónico _____				
<b>Beneficiario - 2</b>										
Nombre y Apellidos _____										
DNI _____, Correo Electrónico _____										
D ____ /M ____ /A ____			Parentesco con Causante _____			Edad _____				
Fecha de Nacimiento										
Profesión u Oficio _____			No. de Tel. Fijo _____			No. de Tel. Celular _____				
Dirección de residencia: _____										
Ciudad y Departamento: _____										
<b>GÉNERO</b>	F		<b>TIPO DE DISCAPACIDAD</b>							
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA				
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE				
<b>¿TIENE DISCAPACIDAD?</b>	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL				
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL							
<b>ZONA</b>	<b>ETNIA</b>									
	MESTIZO			PECH			MISQUITO			TAWAHKA
	RURAL	NEGRO HABLA INGLESA			LENCA			TOLUPAN		
URBANO	MAYA-CHORTI			CREOLES			GARÍFUNA			OTROS
<i>*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.</i>										
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 Parentesco con Causante Edad

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

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

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

<b>GÉNERO</b>	F		<b>TIPO DE DISCAPACIDAD</b>					
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA		
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE		
<b>¿TIENE DISCAPACIDAD?</b>	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL		
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL					
<b>ZONA</b>	<b>ETNIA</b>							
	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 Parentesco con Causante Edad

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

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

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

<b>GÉNERO</b>	F		<b>TIPO DE DISCAPACIDAD</b>					
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA		
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE		
<b>¿TIENE DISCAPACIDAD?</b>	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL		
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL					
<b>ZONA</b>	<b>ETNIA</b>							
	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

Parentesco con Causante

Edad

Profesión u Oficio

No. de Tel. Fijo

No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

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

<b>GÉNERO</b>	F		<b>TIPO DE DISCAPACIDAD</b>					
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA		
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE		
<b>¿TIENE DISCAPACIDAD?</b>	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL		
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL					
<b>ZONA</b>	<b>ETNIA</b>							
	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 - 6

Nombre y Apellidos

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

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

Parentesco con Causante

Edad

Profesión u Oficio

No. de Tel. Fijo

No. de Tel. Celular

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

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

<b>GÉNERO</b>	F		<b>TIPO DE DISCAPACIDAD</b>					
	M		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)			DISCAPACIDAD COGNITIVA		
	OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)			DISCAPACIDAD MULTIPLE		
<b>¿TIENE DISCAPACIDAD?</b>	SI		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)			DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL		
	NO		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL					
<b>ZONA</b>	<b>ETNIA</b>							
	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

### II. DATOS 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 Garantía de Otorgamiento**.

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. Una (1) fotocopia legible por ambos lados del DNI de cada uno de los beneficiarios.
- 4. 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.
- 5. 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-Perpetuum).
- 6. En caso de contar con un Representante legal/Tutor/Curador que gestione mi (nuestro) trámite, adjunto copia de "Carta Poder" correspondiente de cada beneficiario.
- 7. Constancia de Saldos emitida por el Departamento de Cartera y Cobro, proyectada a 6 meses (a nombre del causante).
- 8. 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.
- 9. 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 (no aplica en caso de que el causante sea jubilado).
- 10. Constancia original de Cuenta Bancaria de Ahorro (en Lempiras) a nombre de cada beneficiario o tutor en el caso que aplique, extendida por la Institución bancaria de su preferencia (no se aceptarán constancias de Cooperativas o Financieras).
- 11. Declaración Jurada con relación al Beneficio por Sobrevivencia, en formato establecido por INJUPEMP y su respectivo Certificado de Autenticidad.
- 12. Publicación original de aviso de trámite en un diario de alta o mayor circulación nacional según formato adjunto emitido por el Instituto.
- 13. Constancia de no tener en trámite pendiente de Unión de Hechos, solicitado en la localidad de fallecimiento del causante.
- 14. Certificado de Acta de Defunción de los Padres del Causante, original extendido por el Registro Nacional de las Personas.
- 15. Certificado de Nacimiento Original Actualizado del Causante, con notas marginales actualizadas.
- 16. Constancia de no tener beneficios en otras Instituciones Públicas de Previsión Social.

### IV. DECLARACIÓN

En virtud de lo anteriormente expuesto, comparecemos ante Usted solicitando la admisión del Beneficio de Garantía de Otorgamiento que nos corresponde según 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, siempre y cuando no sea cubierto por el seguro de vida.
3. En caso de aprobación del Beneficio, autorizamos al INJUPEMP a realizar los depósitos de la pensión en las cuentas bancarias declaradas por cada beneficiario en la presente solicitud.

**FUNDAMENTOS DE DERECHO:** Fundamentamos la presente petición en el Artículo 80 de la Constitución de la República de Honduras, y los Artículos 71, 73 y 123 de la Ley de INJUPEMP. Al Directorio de Especialistas, o en su defecto al Señor (a) Director (a) Interino (a) del INJUPEMP pido/pedimos: Admitir la presente solicitud con los documentos acompañados y resolver de conformidad otorgando la **GARANTÍA DE OTORGAMIENTO** que se solicita.

V. NOMBRES Y APELLIDOS DEL O LOS SOLICITANTE (S) EN EL ORDEN ESTABLECIDO EN LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Representante Legal/Tutor/Curador cuando aplique)		FIRMA Y HUELLA
1		

2		
3		
4		
5		
6		

**VI. PARA USO EXCLUSIVO DEL INJUPEMP**

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

\_\_\_\_\_  
Firma

**Estatus del Participante a fecha de fallecimiento**

Activo

Pensionado

Voluntario

Retiro de Oficio

Suspenseo

Otros: \_\_\_\_\_