



SE SOLICITA CONSTANCIA RAZONADA

AL DIRECTORIO DE ESPECIALISTAS, O EN SU DEFECTO AL SEÑOR (A) DIRECTOR (A) INTERINO (A) INSTITUTO NACIONAL DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE LOS EMPRADOS Y FUNCIONARIOS DEL PODER EJECUTIVO (INJUPEMP)

Yo _____, mayor de edad, hondureño, con DNI _____, con residencia en la Ciudad de _____, Departamento de _____, con No. de Teléfono _____.

Con todo respeto comparezco ante Usted para solicitar se me extienda CONSTANCIA RAZONADA de los períodos laborados en la Institución (es) del Estado:

No.	INSTITUCIÓN	PERÍODO
1		
2		
3		
4		

Acompañando los documentos siguientes:

- 1. Una (1) fotocopia legible por ambos lados del DNI
- 2. Recibo de pago original emitido por Tesorería General del INJUPEMP
- 3. Constancia por cada dependencia que acredite el extravío de la documentación (Acuerdos de Nombramientos y/o Cancelación) dirigidas al INJUPEMP.

GÉNERO	F	TIPO DE DISCAPACIDAD					
	M	DISCAPACIDAD FÍSICA (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 "SEMujER", 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.*

Al Directorio de Especialistas, o en su defecto al Señor (a) Director (a) Interino (a) del INJUPEMP PIDO: Admitir la presente solicitud, darle el trámite de Ley correspondiente y resolver conforme a lo solicitado.

Firmado en la Ciudad de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____.

Firma