

**SOLICITUD DE SEPARACIÓN DEL SISTEMA
POR FALLECIMIENTO**

**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 O HEREDEROS											
Beneficiario/Herederero - 1											
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: _____											
GÉNERO		TIPO DE DISCAPACIDAD									
		F		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)				DISCAPACIDAD COGNITIVA			
		M		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)				DISCAPACIDAD MULTIPLE			
¿TIENE DISCAPACIDAD?		OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)				DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL			
		SI		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL							
NO											
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/Herederero - 2											
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: _____											
GÉNERO		TIPO DE DISCAPACIDAD									
		F		DISCAPACIDAD FISICA (MOTORA)				DISCAPACIDAD COGNITIVA			
		M		DISCAPACIDAD SENSORIAL (VISUAL)				DISCAPACIDAD MULTIPLE			
¿TIENE DISCAPACIDAD?		OTROS		DISCAPACIDAD SENSORIAL (AUDITIVA)				DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL			
		SI		DISCAPACIDAD ORGÁNICA Y VISCERAL							
NO											
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/Herederero - 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: _____

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/Herederero - 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: _____

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/Herederero - 5

Nombre y Apellidos _____

DNI _____, Correo Electrónico _____

D ____/M ____/A ____
Fecha de Nacimiento Parentesco con Causante Edad

- 3. Una (1) fotocopia legible por ambos lados del DNI de cada uno de los beneficiarios/herederos.
- 4. En caso de contar con un Representante legal/Tutor/Curador que gestione mi (nuestro) trámite, adjunto copia de "Carta Poder" correspondiente de cada beneficiario.
- 5. Constancia de Saldos emitida por el Departamento de Cartera y Cobro, proyectada a 6 meses.
- 6. 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.
- 7. Certificado de Nacimiento original de cada beneficiario/heredero, *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).
- 8. 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.
- 9. Constancia Original de Cuenta Bancaria de Ahorro (en Lempiras) a nombre de cada beneficiario, extendida por la Institución bancaria de su preferencia (no se aceptarán constancias de Cooperativas o Financieras).

IV. DECLARACIÓN

En virtud de lo anteriormente expuesto, comparecemos ante Usted solicitando la admisión del **BENEFICIO DE SEPARACIÓN DEL SISTEMA POR FALLECIMIENTO** en los términos de la Ley del INJUPEMP para seguir el proceso de análisis correspondiente.

Así mismo, hago/hacemos 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 de Separación del Sistema por Fallecimiento, autorizamos al INJUPEMP a realizar los depósitos del beneficio en las cuentas bancarias declaradas 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 71, 73 y 123 de la Ley del INJUPEMP.

V.	NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) DEL (LOS) SOLICITANTE (S) Y/O BENEFICIARIO (S)	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

Con Retiro de Oficio

Inactivo (Retirado)

En suspenso

Otros _____