



# IHSS

## Instituto Hondureño de Seguridad Social

### DEPARTAMENTO DE CONTROL PATRONAL

#### NOTIFICACION DE SUJECION

SUJECION No \_\_\_\_\_

NO. DE INFORME: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL INSPECTOR: \_\_\_\_\_

NUMERO PATRONAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

DIRECCIO DEL EMPLEADOR Y TELEFONO: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

SEÑOR EMPLEADOR:

La presente es para comunicarle que de acuerdo a la inspección practicada por nuestro Inspector \_\_\_\_\_ determino que la empresa que usted representa esta **SUJETA AL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO**, y por consiguiente debe hacer efectivo el pago de las cotizaciones obrero patronales a partir del \_\_\_\_\_ del MES de \_\_\_\_\_ del 2014 .- En caso de no estar de acuerdo con la anterior determinación, tiene un plazo de diez (10) días hábiles, a partir de la fecha de la notificación para que tal como lo establece el Artículo **153 del Reglamento de la Ley del Seguro Social**, presente a través de la **Secretaría General del Instituto**, la impugnación correspondiente, donde exprese los argumentos y fundamentos legales debiendo además acompañar la documentación de soporte para su oposición. Artículos 1,3, y 7 de la Ley del Seguro Social.

\_\_\_\_\_  
SUB-GERET DE CONTRLO PATRONAL

Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2014 HORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
INSPECTOR DE CONTROL PATRONAL

NOMBRE \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

CC: Archivo

UN SEGURO PARA TODOS... MAS SEGURO