



Señor Presidente del Directorio de Especialistas
Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA)
Su Oficina.

Yo, _____, mayor de edad, hondureño (a), con Tarjeta de Identidad No. _____, extendida en _____ y con domicilio en el Barrio o Colonia (Dirección Completa), del Municipio de _____, Departamento de _____; con el debido respeto comparezco ante Usted en mi condición de _____ (Representante Legal de o los menores) (Detallar los nombres de los menores) en procura del beneficio de PENSION DE SOBREVIVENCIA POR ORFANDAD, basándome en los hechos y consideraciones legales siguientes:

HECHOS

1) Tal como lo acredito con los documentos respectivos, mi (s) representado (a) es o son beneficiario (s) del (de la) participante _____, por ser hijo (a), quien falleció el día ____ de _____ del _____, en el Municipio de _____, Departamento de _____.

Para participante activo:

2) Al momento de ocurrir el fallecimiento del (de la) PARTICIPANTE ACTIVO _____, este (a) se encontraba prestando sus servicios profesiones en la docencia Nacional como _____ (CARGO) _____ del _____ (Centro Educativo) _____, del Municipio de _____, Departamento de _____ devengando un sueldo de L. _____.

Para participante suspenso:

2) Al momento de ocurrir el fallecimiento del (de la) PARTICIPANTE EN SUSPENSO _____, este (a) se encontraba FUERA DEL SERVICIO DOCENTE, habiendo prestado sus Servicios Profesionales hasta el mes de _____, en el cargo de _____, del Centro Educativo _____ del Municipio de _____, Departamento de _____.

Para participante voluntario

2) Al momento de ocurrir el fallecimiento del (de la) PARTICIPANTE VOLUNTARIO _____, este (a) se encontraba FUERA DEL SERVICIO DOCENTE, en el Sistema Educativo Nacional y Cotizando al INSTITUTO bajo la figura del participante voluntario.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Baso mi solicitud en los artículos: 80 de la Constitución de la República; 56, 59 y 60 de la Ley del Instituto Nacional de Previsión del Magisterio, a la vez que acompaño toda la documentación.

PETICIÓN

Al Honorable Directorio de Especialistas del Instituto Nacional de Previsión del Magisterio muy atentamente pido: Admitir la presente solicitud con los documentos acompañados, darle el trámite correspondiente y en definitiva resolver conforme a la Ley.

(Lugar y Fecha) ____ de ____ de ____

Firma _____

Datos de contacto	
Teléfono fijo 1	
Teléfono fijo 2	
Teléfono celular 1	
Teléfono celular 2	
Correo electrónico	
Datos familiar cercano o contacto de referencia	
Nombre	
Parentesco	
Teléfono fijo	
Teléfono celular	

Generales

1. Copia de la Tarjeta de Identificación del docente fallecido.
2. Copia del Carnet de Escalafón (de ser el caso)
3. Certificación de Acta de Defunción Original

Documentos del participante fallecido

1. Certificación extendida por la Sub Gerencia de Recursos Humanos Docentes (ESCALAFON), por la Dirección del establecimiento Educativo Privado o Semi-Oficial con el V.B. de la Dirección Departamental de Educación respectiva o por el Departamento de Recursos Humanos de la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, en su caso, donde se acredite que el participante AL MOMENTO DE SU MUERTE, SE ENCONTRABA EN SERVICIO ACTIVO O GOZANDO DE LICENCIA REMUNERADA, ESPECIFICANDO EL PERIODO DE LA MISMA, en su caso.
2. Certificación de AÑOS DE SERVICIO extendida por la Sub Gerencia de Recursos Humanos Docentes (ESCALAFON), por el Centro Educativo Privado o Semi-Oficial con el V.B. de la Dirección Departamental de Educación respectiva o por el Departamento de Recursos Humanos de la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, en su caso.
3. Certificación de los ULTIMOS 150 SUELDOS (12.5 AÑOS) DEVENGADOS, extendida por la Sub Gerencia de Recursos Humanos Docentes (ESCALAFON), por el Centro Educativo Privado o Semi-Oficial con el V.B. de la Dirección Departamental de Educación respectiva o por el Departamento de Recursos Humanos de la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán, en su caso.
4. Para los docentes que laboraron en la UPNFM, además de la Certificaciones de Trabajo y de Sueldos se deberá acreditar, el Cuadro de Porcentajes conteniendo: Sueldo Base, Nivel Académico, Meritos Profesionales, Años de Servicio, Cargo, Colectivo y Derechos Adquiridos de los 12.5 últimos Años.

Documentos del (la) Beneficiario (a)

1. Certificación de Acta de Nacimiento de (los) beneficiario (s) menores de 14 años o mayores de 14 años pero menores de 21.
2. Certificación de estudios de (los) beneficiario (s) mayores de 14 años pero menores de 25
3. Certificación de Acta de Nacimiento del (los), la (s) beneficiarios (as) en su condición de hijo (a) invalido (a) de cualquier edad.
4. Certificación Médica donde se acredite la invalidez, extendida por un Centro asistencial del Estado.
5. Fotocopia de Tarjeta de Identidad de (los) beneficiarios.
6. Fotocopia de la **Libreta de Cuenta de Ahorro** de cada beneficiario con su respectivo número de cuenta o constancia del Banco respectivo donde se indique el número de cuenta.- **(NO SE ACEPTAN CUENTAS MANCOMUNADAS, NI DE COOPERATIVAS, NI DE LOS BANCOS: BANRURAL Y BANCO AZTECA).**