

MEMORANDO
No. 2486-SECG-2022

17 de octubre de 2022

PARA: **LIC. LORNA ELISA CÁLIX MEJÍA**
SECCIÓN DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

DE: **ABG. LEONEL OMAR QUIROZ GONZALES**
SECRETARIO GENERAL

ASUNTO: **RESPUESTA A MEMORANDO No.270/2022 OIP-IHSS**

En respuesta a la solicitud de información requerida mediante Memorando No. 270/2022 OIP-IHSS y en cumplimiento a lo requerido por el Instituto de Acceso a la Información Pública; tengo a bien informarle que se remitió vía correo institucional la matriz de los servicios prestados por esta Secretaría General, para actualizar el portar de transparencia del Instituto; por lo anterior se adjunta copia del acuse del correo de mérito.

Atentamente,

Tegucigalpa
Honduras C.A.
LQ/IMRA*
CC: Archivo

Receptor: Justara
18/oct./2022
11:55 a.m.



Descripción del Servicio: El Instituto conocerá de las solicitudes, reclamaciones y conflictos referentes a los servicios y prestaciones de que tratan la Ley sus Reglamentos, así como de las controversias que la aplicación de los mismos suscite entre patrono y trabajadores, o entre el Instituto y cualquiera de ellos.

No.	SERVICIO PRESTADO	TASAS Y DERECHOS	PROCEDIMIENTO	REQUISITOS	FORMATOS
1	SOLICITUD DE CONSTANCIA MÉDICA	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia de la Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente. 2. Fotocopia de Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por derechohabiente, debiendo acreditar además el vínculo por consanguinidad o afinidad con el mismo (Certificación de acta de nacimiento, certificación de acta de matrimonio o unión de hecho). 3. Fotocopia de Documento Nacional de Identificación (DNI), Carné de Colegiación del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso.	
2	SOLICITUD DE CONSTANCIA DE FALLECIMIENTO	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia de la Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente. 2. Fotocopia de Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por derechohabiente, debiendo acreditar además el vínculo por consanguinidad o afinidad con el mismo (Certificación de acta de nacimiento, certificación de acta de matrimonio o unión de hecho). 3. Fotocopia de Documento Nacional de Identificación (DNI), Carné de Colegiación del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso. 4. Copia de Constancia extendida por el Instituto Nacional de Estadística (INE).	
3	SOLICITUD DE CONSTANCIA DE PASIVIDAD	Costo L. 200.00 De acuerdo a la Ley de Fortalecimiento de los Ingresos, Equidad Social y Racionalización del Gasto Público, artículo 49 numeral 8)	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante. 2. Documento que acredite la representación legal del solicitante. 3. Acreditar pago de L 200.00 en la Tesorería General o Cuentas activas del IHSS.	
4	SOLICITUD DE CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO	Costo L. 200.00 De acuerdo a la Ley de Fortalecimiento de los Ingresos, Equidad Social y Racionalización del Gasto Público, artículo 49 numeral 8)	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante. 2. Documento que acredite la representación legal del solicitante. 3. Acreditar pago de L 200.00 en las Cuentas asignadas por el IHSS, para tal efecto.	

5	SOLICITUD DE CORRECCIÓN DE CONSTANCIAS	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida para que el sistema genere el formulario de solicitud, debiendo indicar los errores que deben ser corregidos en la constancia, no se presenta ningún documento, ya que la misma es agregada a la solicitud generó la misma.	Se ordena acumular al expediente principal en el cual consta las copias de documentos soporte.	
6	SOLICITUD DE REFRENDO DE INCAPACIDAD TEMPORAL	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante y gestor oficioso si es el caso. 2. Formulario de Refrendo de Incapacidad temporal autorizado por el IHSS. 3. Certificación o Constancia Médica original que deberá contener: a) Datos generales del paciente, b) Fecha de expedición de la certificación, c) Fecha y hora de la consulta que da origen a la incapacidad a refrendar, d) Diagnóstico, manejo o tratamiento, e) Fecha de la cirugía (en caso de procedimientos quirúrgicos), f) Período que cubre la incapacidad temporal, especificando la fecha de inicio y de finalización de la misma, y cantidad de días otorgados, g) Fecha de ingreso y de alta hospitalaria en caso de internamiento. 4. Copia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Residencia (en caso de ser extranjero) 5. Documentos médicos, informes, estudios de diagnóstico complementarios y cualquier otro documento que justifique la incapacidad temporal. 6. Informe patronal de accidente de trabajo (si lo tuviera), en caso de que la condición patológica que origina la incapacidad temporal se presume es de origen profesional. Los documentos extendidos en el extranjero, para su validez dentro del territorio nacional deberán ser debidamente legalizados (Apostillados) y traducidos por el personal Autorizado para tal fin, cuando sean emitidos en idioma diferente al español. Las copias de los documentos requeridos deben ser debidamente autenticadas o presentadas junto con sus originales para ser cotejados al momento de su presentación.	

7	SOLICITUD DE REFRENDO DE INCAPACIDAD PRENATAL	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante y gestor oficioso si es el caso. 2. Formulario de Refrendo de Incapacidad temporal autorizado por el IHSS. 3. Certificación o Constancia Médica original que deberá contener: a) Datos generales del paciente, b) Fecha de expedición de la certificación, c) Fecha probable del parto d) Fecha de última menstruación, e) Período que cubre la incapacidad temporal prenatal, especificando la fecha de inicio y de finalización de la misma, y cantidad de días otorgados, 4. Copia del DNI o Carné de Residencia (en caso de ser extranjero) 5. Documentos médicos, informes, estudios de diagnóstico complementarios y cualquier otro documento que justifique la incapacidad temporal. Los documentos extendidos en el extranjero, para su validez dentro del territorio nacional deberán ser debidamente legalizados y traducidos por el personal autorizado para tal fin, cuando sean emitidos en idioma diferente al español. Las copias de los documentos requeridos deben ser debidamente autenticadas o presentadas junto con sus originales para ser cotejados al momento de su presentación.	FORMULARIO ACTUALIZADO O SOLICITUD DE REFRENDO DE INCAPACIDAD D...pdf
---	---	-----	--	--	--

8	SOLICITUD DE REFRENDO DE INCAPACIDAD POST NATAL	N/A	Proporcionar en el área de recepción de documento de la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario de solicitud	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante y gestor oficioso si es el caso. 2. Formulario de Refrendo de Incapacidad temporal autorizado por el IHSS. 3. Certificación o Constancia Médica original que deberá contener: a) Datos generales del paciente, b) Fecha de expedición de la certificación, c) Fecha y hora de la consulta que da origen a la incapacidad a refrendar, d) Fecha de nacimiento. f) Período que cubre la incapacidad temporal, especificando la fecha de inicio y de finalización de la misma, y cantidad de días otorgados, g) Fecha de ingreso y de alta hospitalaria en caso de internamiento. 4. Copia del DNI o Carné de Residencia (en caso de ser extranjero) 5. Documentos médicos, informes, estudios de diagnóstico complementarios y cualquier otro documento que justifique la incapacidad temporal. 7. Acta o constancia emitida por el hospital o centro de salud, en caso de defunción del producto de la concepción. 8. Certificación de acta de nacimiento. 9. Certificación de acta de nacimiento del menor debidamente legalizada y traducida en caso de ser emitida en el extranjero. Los documentos extendidos en el extranjero, para su validez dentro del territorio nacional deberán ser debidamente legalizados y traducidos por el personal autorizado para tal fin, cuando sean emitidos en idioma diferente al español. Las copias de los documentos requeridos deben ser debidamente autenticadas o presentadas junto con sus originales para ser cotejados al momento de su presentación.	
9	SOLICITUD DE REPOSICIÓN DE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD	Costo L. 200.00 De acuerdo a la Ley de Fortalecimiento de los Ingresos, Equidad Social y Racionalización del Gasto Público, artículo 49 numeral 8)	Proporcionar en el área de recepción de documento de la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario de solicitud estableciendo en la misma la fecha de inicio y finalización de la incapacidad, periodo de incapacidad y lugar donde le fue extendida la misma	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante. 2. Acreditar pago de L 200.00 en la Cuentas del IHSS. 4. Fotocopia (si la tuviere) del Certificado de incapacidad extraviado o deteriorado. 5. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor (a) Oficioso (a) cuando no sea presentada por derechohabiente, debiendo acreditar además el vínculo por consanguinidad o afinidad con el mismo (Certificación de acta de nacimiento, Certificación de acta de matrimonio o Unión de hecho). 6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación del Apoderado Legal o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	

10	SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida para que el sistema genere el formulario de solicitud, debiendo indicar las correcciones que deberán hacerse al mismo.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante. 2. Certificado de Inapacidad Temporal (original) (hoja rosada). 3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor (a) Oficioso (a) cuando no sea presentada por derechohabiente, debiendo acreditar además el vínculo por consanguinidad o afinidad con el mismo (Certificación de acta de nacimiento, Certificación de acta de matrimonio o Unión de hecho).	
11	SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL LABORAL	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida para que el sistema genere el formulario de solicitud, expresando claramente los argumentos o fundamentos en que se basa, para que el Instituto realice la investigación correspondiente sobre los certificados de incapacidad.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante. 2. Acreditar la representación legal. 3. Originales o copias de los certificados de incapacidad que considera presentan irregularidades. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI), carné de colegiación del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso.	
12	SOLICITUD DE CALIFICACIÓN DE RIESGO	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente. 2. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor (a) Oficioso (a) cuando no sea presentada por él o la derechohabiente. 3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI), carné de colegiación del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso.	
13	SOLICITUD DE CAMBIO DE CALIFICACIÓN DE RIESGO EN INCAPACIDAD	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida para que el sistema genere el formulario de solicitud, Estableciendo claramente las razones por las que debe cambiarse la calificación del Riesgo consignado en el certificado médico extendido.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente. 2. Original (hoja rosada) del certificado de incapacidad extendido. 3. Otros documentos que sustenten su petición. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente. 5. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) o Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	

14	SOLICITUD DE REUBICACIÓN LABORAL	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Formulario de solicitud de dictamen para reubicación laboral, en la cual se indica la fecha y hora de la cita médica, por la Gerencia del Régimen del Seguro de Riesgos Profesionales. 2. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente. 3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente, debiendo acreditar además el vínculo por consanguinidad o afinidad con el mismo (certificación de acta de nacimiento, certificación de acta de matrimonio o unión de hecho) 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y carné de colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	Formulario Reubicación Laboral.pdf
15	SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente. 2. Reporte Patronal de Accidente de Trabajo. 3. Certificado de incapacidad (en caso de que ya se hubiese extendido). 4. En caso de que el peticionario sea representante de persona jurídica acreditar su condición legal. 5. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente. 6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación Vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso.	
16	SOLICITUD DE EVALUACIÓN POR LA COMISIÓN TÉCNICA DE INVALIDEZ	Cuándo el solicitante cotizá a otro Sistema de Previsión Social, deberá cancelar la cantidad de Cinco mil lempiras exactos (L.5,000.00).	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derecho habiente. 2. Formulario de solicitud de evaluación de la Comisión Técnica de Invalidez, mismo que es proporcionado en las oficinas de dicha Comisión. 3. Acreditar pago de L 5,000.00 en la Tesorería General del IHSS, en caso de que <u>el asegurado no cotice para el Régimen del Seguro de Previsión Social del IHSS.</u> 4. Fotocopia de último certificado de incapacidad extendido 5. Copia de Informe Patronal de Accidente de Trabajo (si fuere por ese Riesgo). 6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente. 7. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	

17	SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE DICTAMEN DE LA COMISIÓN TÉCNICA DE INVALIDEZ	Costo L. 200.00 De acuerdo a la Ley de Fortalecimiento de los Ingresos, Equidad Social y Racionalización del Gasto Público, artículo 49 numeral 8)	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente. 2. Acreditar pago de L 200.00 en la Tesorería General del IHSS. 3. Fotocopia del dictamen del cual se solicita certificación (Si lo tuviere, si no deberá consignar en la solicitud toda la información completa referente al dictamen. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente, debiendo acreditar además el vínculo por consanguinidad o afinidad con el mismo (certificación de acta de nacimiento, certificación de acta de matrimonio o unión de hecho) 6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI)y Carné de Colegiación del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	
18	SOLICITUD DE INFORMACIÓN POR AUTORIDAD COMPETENTE	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Oficio o Comunicación del Juzgado competente o institución jurídica pública con facultades para solicitar información, debiendo consignar en su escrito los datos correspondientes del o los asegurados, del, o los patronos de quien requiere información, en papel membretado debidamente firmado y sellado por la autoridad competente. 2. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de la persona que lo va ingresar la solicitud y Carné de Colegiación vigente del Colegio de Abogados de Honduras.	
19	SOLICITUD DE COPIA DE EXPEDIENTE CLÍNICO	El costo es asumido por el interesado (a)	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida para que el sistema genere el formulario de solicitud debiendo señalar en que Unidad se encuentra el expediente solicitado.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente 2. En caso de que el solicitante sea una institución pública con facultades para solicitar el mismo, deberá utilizar papel membretado y consignar los datos completos del asegurado(a) cuyo expediente solicita. 3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente, debiendo acreditar además el vínculo por consanguinidad o afinidad con el mismo (certificación de acta de nacimiento, certificación de acta de matrimonio o unión de hecho) 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	

20	SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA DE EXPEDIENTE CLÍNICO	Costo L. 200.00 De acuerdo a la Ley de Fortalecimiento de los Ingresos, Equidad Social y Racionalización del Gasto Público, artículo 49 numeral 8)	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida para que el sistema genere el formulario de solicitud debiendo señalar en que Unidad se encuentra el expediente solicitado	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente 2. Acreditar pago de L 200.00 al IHSS. 3. En caso de que el solicitante sea una institución pública con facultades para solicitar el mismo, deberá utilizar papel membretado y consignar los datos completos del asegurado(a) cuyo expediente solicita. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente, debiendo acreditar además el vínculo por consanguinidad o afinidad con el mismo (certificación de acta de nacimiento, certificación de acta de matrimonio o unión de hecho). 5. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y carné de colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	
21	SOLICITUD DE CANCELACIÓN DE CONVENIO DE AFILIACIÓN PROGRESIVA	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación de derechohabiente 2. Presentar solicitud de Cancelación del Convenio de Afiliación Progresiva, proporcionada por el Régimen Especial y de Afiliación Progresiva del Instituto. 3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	
22	SOLICITUD DE PAGO DE INCAPACIDAD NO COBRADA	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación de derechohabiente 2. Original de Constancia para cobrar el subsidio o comprobante de pago de subsidio. 3. Declaratoria de Heredero(s) debidamente registrada, cuando se reclame el derecho de pago de subsidios de un asegurado ya fallecido. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder. 5. Otros documentos que sustenten la solicitud.	
23	SOLICITUD DE PAGO DE PENSIÓN NO COBRADA	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente. 2. Fotocopia de carné de control de pago del pensionado. 3. Declaratoria de Heredero (s) debidamente registrada, cuando se reclame el derecho de pago de pensión de un asegurado ya fallecido. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	

24	SOLICITUD DE CAMBIO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida para que el sistema genere el formulario de solicitud exponiendo los motivos por los que solicita cambio de actividad.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante. 2. Representación legal. 3. Instrumentos Públicos que acrediten que el patrono inscrito al Régimen obligatorio del Seguro Social ha cambiado su giro o actividad económica inicialmente registrada en el IHSS.	
25	SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente. 2. Receta(s) médica(s) originales extendidas por médico tratante en el IHSS. 3. Facturas originales de las casas proveedoras debidamente con el sello de cancelación, Clave de Autorización de Impresión (CAI) y la fecha límite de emisión y compra del insumo o producto. 4. Historial médico cuando se trate de atención o cirugía fuera del IHSS. 5. Aviso de ley cuando se trate de atención hospitalaria fuera del IHSS de acuerdo al Artículo 176 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social 6. Informes de exámenes o procedimientos practicados 7. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente. 8. Fotocopiadel Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	
26	SOLICITUD DE PASIVO LABORAL Y PAGO DE DERECHOS ADQUIRIDOS	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Declaratoria de Heredero (s) debidamente registrada. 2. Acreditar la representación legal cuando se representa a menores de edad. 3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del fallecido. 4. Certificación original de acta de defunción. 5. Fotocopias del Documento Nacional de Identificación (DNI) y certificación de acta de nacimiento de él o de los solicitantes. 6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso. 7. Constancia médica para determinar causas de muerte (En los casos que amerite) 8. Constancias de Instituciones financieras donde tiene deudas según volante de pago. 9. Acta de matrimonio debidamente inscrita o acreditar la unión de hecho. 10. Sentencia de reintegro laboral (En los casos que amerite).	
27	SOLICITUD DE PRÓRROGA DE PENSIÓN POR ESTUDIOS	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de solicitante 2. Certificación original de acta de nacimiento del beneficiario. 3. Constancia de Estudios y Matrícula acreditando el rendimiento escolar. 4. Fotocopia de Resolución donde se otorgó el beneficio que da lugar a prórroga. 5. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación vigente del apoderado(a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	

28	SOLICITUD DE PASIVIDAD PATRONAL	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante. 2. Documento que acredite la representación legal. 3. Brindar información de los números patronales desea se coloquen en estado pasivo. 4. Presentar los medios de prueba que estime convenientes, incluyendo la copia del cierre de operaciones extendido en la Alcaldía Municipal y en el Sistema de Administración de Rentas. 5. Y demás documentación soporte que el Instituto le exiga.	
29	SOLICITUD DE NOTA DE CRÉDITO	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante. 2. Copias de los documentos que lo acreditan como comerciante individual, o representante legal de una institución pública o privada, y el original para el respectivo cotejo. 3. Presentar los documentos probatorios que sustentan su petición. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación(DNI) y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder. 5. Presentar escrito en papel membrado y debidamente firmado y sellado por el representante legal de la empresa, donde justifique las causas de porque solicita Nota de Crédito.	
30	SOLICITUD DE CAMBIO DE ADMINISTRACIÓN DE PENSIÓN POR ORFANDAD	N/A	Brindar información requerida, para ser ingresada al Sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Presentar nota original, estableciendo claramente las razones para el cambio de administración de dicha pensión. 2. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación(DNI) del solicitante o del interesado en administrar la pensión. 3. Certificación de acta de nacimiento del menor. 4. Fotocopia de la Resolución de Pensión por Orfandad. 5. Documentos que acrediten vínculo consanguíneo con el pensionado, o la representación legal del mismo.	
31	DEVOLUCIÓN DE APORTACIONES POR DOBLE COTIZACIÓN	N/A	Brinda información requerida, para ser ingresada al Sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Proporcionar información señalando en el mismo los nombres de sus empleadores a través de quienes cotiza en exceso al Régimen del Seguro de Previsión Social. 2. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de derechohabiente. 3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por él o la derechohabiente. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	

32	IMPUGNACIÓN DE MULTA	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Escrito manifestando las razones en las que fundamenta su impugnación y señalando el acto que impugna y documento adjunto. 2. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de solicitante y documentos que acrediten su representación legal. 3. Documentos probatorios con los que pretende sustentar la impugnación. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder	
33	SOLICITUD DE PENSIÓN POR VEJEZ	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	Para tener derecho a la pensión mensual por vejez, el asegurado debe reunir los siguientes requisitos: a) Haber cumplido sesenta y cinco (65) años de edad para el hombre y sesenta (60) años de edad para la mujer y b) Acreditar ciento ochenta (180) cotizaciones mensuales. Acompañar: 1. Certificación original de acta de nacimiento 2. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) (ampliada). 3. Constancia de trabajo original, con fecha en que comenzó a trabajar, fecha en que dejó de trabajar y número patronal de la empresa emitida en papel membretado (si la empresa tiene) y con firma y sello de la persona responsable. 4. Listado con el nombre de cada empresa, número patronal, fechas en que empezó y finalizó labores. Vigente desde 1972 en adelante en caso que a la fecha no existan las empresas en las que laboró. 5. Constancias de que no cotizó al INJUPEMP, IPM, INPREMA, INPREUNAH, si trabajó con empresas públicas, mismas que deben ser extendidas por dichos entes de previsión. 6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el asegurado. 7. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	
34	SOLICITUD DE PENSIÓN COMPLEMENTARIA	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante para acreditar que tiene 60 años en caso de ser mujer y 65 si es hombre. 2. Constancia original de Jubilación por el Instituto de Previsión Social con el que se encuentre pensionado 3. Constancia original del historial de cotizaciones extendida por la Instituto de Previsión Social, por la cual goza de pensión. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente. 5. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública donde se le otorga el poder.	

35	SOLICITUD DE PENSIÓN POR VIUDEZ Y ORFANDAD	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Certificación original de acta de nacimiento y fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de solicitante. 2. Certificación original de acta de defunción 3. Certificación original de acta de matrimonio o unión de hecho original y copia para el cotejo correspondiente. 4. Certificación original de acta de nacimiento y fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del asegurado fallecido. 5. Fotocopia de carné de pago de pensión (si era pensionado) 6. Certificación original de acta de nacimiento de hijos menores de 14 años 8. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente. 9. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso. a) La viuda (o), compañera (o) debidamente acreditada ante el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), tiene derecho a una pensión vitalicia igual al cuarenta por ciento (40%) de la que recibía el (la) causante o la que éste (a) habría tenido derecho a recibir por invalidez o vejez. b) Cuando uno de los hijos menores de catorce (14) años, o inválidos de cualquier edad incapaces de valerse por si mismo en las situaciones básicas de subsistencia del asegurado o pensionado y que dependa de éste, tiene derecho a una pensión igual al veinte por ciento (20%) de la pensión que recibía el causante o de la que éste hubiere tenido derecho a recibir por invalidez común o vejez. c) En caso de que no exista cónyuge o compañera (o), ni huérfano, se otorgará pensión a los padres. El monto de la pensión de cada uno de ellos será igual al veinte por ciento (20%) de la que estuviere recibiendo el causante o de la que le hubiere correspondiendo recibir por invalidez común o vejez.	
36	REQUISITOS PARA SOLICITUD DE PENSIÓN POR INVALIDEZ	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Certificación original de Acta de Nacimiento de solicitante. 2. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de solicitante. 3. Constancia original de trabajo. 4. Fotocopia del informe de accidente de trabajo. 5. Fotocopia de la última incapacidad 6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el asegurado. 7. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y Carné de Colegiación del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso.	

37	SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES	Costo L. 200.00 De acuerdo a la Ley de Fortalecimiento de los Ingresos, Equidad Social y Racionalización del Gasto Público, artículo 49 numeral 8)	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia de Escritura Pública de Constitución de Sociedad o Comerciante Individual y sus reformas debidamente autenticada. 2. Fotocopia autenticada de Permiso de operación vigente. 3. Poder autenticado del representante legal. 4. Constancia de inscripción y Sovlencia de la Cámara de Comercio de su localidad. 5. Constancia de Solvencia extendida por la Procuraduría General de la República. 6. Constancia de Solvencia extendida por el Instituto Hondureño de Seguridad Social. 7. Fotocopia del RTN de la empresa. 8. Fotocopia del RTN del Representante Legal. 9. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal. 10. Fotocopia del RTN de los Socios. 11. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de los Socios. 12. Declaración Jurada en papel bond base 20 de los artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado debidamente autenticada. 13. Constancia Certificada de actividad economía emitida por la Secretaría de Trabajo. 14. Lista y descripción de los productos y/o servicios que oferta. 15. Llenar el nuevo formulario de aseguramiento contributivo cliente-proveedor y presentar los requisitos. 16. Fotografía panorámica de la fachada de la empresa. 17. Croquis de la dirección exacta de la empresa. 18. Listado en formato excel del nombre completo de los trabajadores indicando No. del Documento Nacional de Identificación (DNI), fecha de ingreso, salario real devengado y puesto que desempeña. 19. Copia de recibo de pago por gestión administrativa.	FORMULARIO PROVEEDOR .docx
38	SOLICITUD DE PRÓRROGA DE ASISTENCIA MÉDICA	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de solicitante 2. Certificación original de acta de nacimiento del menor. 3. Fotocopia de carné de afiliación del menor. 4. Dictamen médico (Si lo tuviera) 5. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente. 6. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso. 7. Debe presentarse antes del vencimiento del derecho a la Asistencia Médico que otorga el IHSS.	
39	SOLICITUD DE RESTITUCIÓN DE CHEQUE NO PAGADO	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del solicitante 2. Representación legal si el cheque pertenece alguna empresa. 3. Fotocopia del cheque (Si lo tuviera) o la información completa referente al mismo. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) o Carné de Colegiación del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso.	

40	SOLICITUD DE REVISIÓN DE COTIZACIONES	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de solicitante 2. Fotocopia de la Certificación de la Resolución 3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente. 4. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso.	
41	SOLICITUD DE CONSTANCIAS VARIAS	Costo L. 200.00 De acuerdo a la Ley de Fortalecimiento de los Ingresos, Equidad Social y Racionalización del Gasto Público, artículo 49 numeral 8)	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	Que incluyen constancia de no estar afiliado al IHSS, de estar afiliado al IHSS, de estar jubilado, historial de cotizaciones, de no gozar de jubilación, de tener solicitud en trámite, de estar inscrito como proveedor, otras. 1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación de solicitante 2. Acreditar pago de L 200.00. 3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente, debiendo acreditar el vínculo. 4. Fotocopia del Docuento Nacionnal de Identificación (DNI) y carné de colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso.	
42	SOLICITUDES VARIAS	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) de solicitante. 2. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Gestor(a) Oficioso(a) cuando no sea presentada por el o la derechohabiente, debiendo acdreditar el vínculo. 3. Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y carné de colegiación vigente del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso. 4. Documentos que sirvan de sustento para la petición.	
43	RECURSO DE REPOSICIÓN Y SUBSIDIARIAMENTE APELACIÓN	N/A	Proporcionar en la Secretaría General la información requerida, para que el sistema genere el formulario con el código de ingreso correspondiente.	1. Presentación de escrito, mediante apoderado legal 2. Fotocopia de resolución que es objeto de recurso 3.Fotocopia del Documento Nacional de Identificación (DNI) y carné de colegiación del apoderado (a) o representante legal y Carta Poder autenticada o Escritura Pública en caso. 4. Documentos que sirvan de sustento para la petición.	