GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
IHSS

ACTUALIZACION DE DATOS PARA ENVIO DE PLANILLA EN FORMA ELECTRONICA

A continuación se le pide completar el formulario con la información solicitada:

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Nombre de la Empresa:		
RTN		
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3

Nombre de la Persona encargada de la recepción del correo	
Número de Teléfono Celular de la persona encargada de la recepción de las planillas	
Número de Teléfono fijo de la empresa:	
Correo Electrónico:	
Correo Electrónico:	
Correo Electrónico:	

INFORMACIÓN DE LOS CORREOS A LOS QUE SE ENVIARAN LAS PLANILLAS:

Anotar al menos 2 correos a los que se enviarán las planillas.

NUMEROS PATRONALES CUYAS FACTURAS SERAN ENVIADAS ELECTRONICAMENTE

(Puede adjuntar hojas adicionales si necesita incluir más números patronales.

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo:		ID:	TEL FIJO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por medio de la presente los abajo firmantes declaramos ser responsables solidariamente por el uso que se realice del servicio otorgado en esta fecha y de las consecuencias derivadas directa o indirectamente del mismo. Así mismo declaramos entender que tenemos la responsabilidad de la verificación del recibo de planillas en el período que el IHSS otorga y constatar que es correcta, de no serlo debemos presentar el reclamo en tiempo y forma antes de la fecha límite de pago.
Cualquier uso o abuso realizado por terceras personas a quienes se haya compartido por acción o descuido dicha información, será responsabilidad del empleado y la empresa que ha otorgado el permiso.

Nombre/ Firma/Sello: Gerente

Nombre/Firma : Representante Legal

USO EXCLUSIVO DE IHSS

Fecha:		Aprobado ☐	Denegado ☐	Firma		FUNCIONARIO	

Información adicional a los teléfonos: Teg 2220-4607, 2222-4338 SPS 2251-2162

MUESTRA NO IMPRIMIR