GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

INSTITUTO HONDUREÑO DE
SEGURIDAD SOCIAL
IHSS

AUTORIZACION

Por medio de la presente yo: _____

Mayor de edad, con nacionalidad: _____ y con N° de identidad: _____ y residencia en la col. _____ autorizo a la Sra. o (el) (Sr.): _____ con N° de identidad: _____ para que realice el trámite de Inscripción y pago de contrato de las (los) empleadas (os) domesticas (os):

1. Nombre completo :_____
   Numero de identidad: _____

2. Nombre completo: _____
   Numero de identidad: _____

3. Nombre completo: _____
   Numero de identidad: _____

4. Nombre completo: _____
   Numero de identidad: _____

5. Nombre completo: _____
   Numero de identidad: _____

Atentamente.

_____

Firma

_____

N° de identidad

REGIMEN ESPECIAL DE AFILIACION PROGRESIVA
IHSS
TEGUCIGALPA, M.D.C.

_____

Firma Representante Legal IHSS
Elda Esperanza Cruz