



SE SOLICITA PENSION POR INVALIDEZ

Señora Directora Interina

Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP)

Yo, _____, Estado Civil, Profesión u oficio, residente (Ciudad, Municipio, Depto., barrio, calle, Ave., No. de casa, Teléfono. Actualmente laborando en: (nombre de la Dependencia) _____, desempeñando el cargo de _____.

Comparezco ante Usted solicitando se me conceda la Prestación de Pensión por Invalidez en los términos de la Ley De Jubilaciones y Pensiones de los empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP), por encontrarme físicamente imposibilitado (a) para continuar en el cargo que desempeño, extremo que compruebo de la siguiente manera:

1. Con la Certificación de Acta de Nacimiento acredito que cuento con ____ años de edad, habiendo nacido en el Municipio de _____, Departamento de _____.
2. Con la Certificación extendida por el Jefe de Recursos Humanos, compruebo que he venido laborando al servicio de (nombre de la institución) _____, desde el ____ de _____ del año ____ a la fecha, y para cumplir el periodo de calificación por Invalidez es necesario haber cotizado treinta y seis (36) meses.
3. Con la certificación Medica extendida por la autoridad competente del Hospital (vea numeral dos de las instrucciones) acredito la invalidez total y permanente física o mental, de la cual vengo padeciendo, cuya capacidad funcional sea mas del sesenta y cinco por ciento (65%) y me incapacita para continuar desempeñándome en el cargo asignado, cuyas funciones son las que a continuación describo:

La enfermedad que padezco es (describa la invalidez), y me sobrevino de forma total y permanente, correspondiente al mes de _____ del año _____. Fecha señalada en el dictamen medico que acompaño.

4. Manifiesto que (si) ____ o (no) ____ tengo préstamo personal pendiente de pago ante el Instituto que usted dirige, razón por la cual formalmente lo AUTORIZO para que del monto del beneficio a otorgarse, me sea deducida la cuota correspondiente hasta la completa cancelación de la deuda.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundo mi petición en los artículos 3,45,47,55,56,57 y demás aplicables de la ley del Instituto

Por todo lo anteriormente expuesto a la Señora Directora Interina **Pido:** Admitir la presente solicitud con los documentos acompañados, darle el trámite de Ley correspondiente y resolverla de conformidad a derecho, otorgándome la PRESTACION DE PENSION POR INVALIDEZ que solicito.

Tegucigalpa M.D.C. ____ de _____ del año ____



FORMA C-2

CERTIFICACION

El suscrito jefe de recursos humanos de _____ habiendo registrado minuciosamente los registros y archivos de personal que se llevan en esta dependencia, para los fines que mas conciernan al INSTITUTO NACIONAL DE JUBILACIONES Y PENSIONES DE LOS EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS DEL PODER EJECUTIVO (INJUPEMP), CERTIFICA que:

El ciudadano (a) _____

(Nombres y apellidos completos)

Con Tarjeta de Identidad No. _____ que labora o laboro en forma permanente por Acuerdo (Nombramiento) No. _____ emitido el _____ de _____ del año _____ desempeñando el cargo de _____, para esta Entidad durante el periodo comprendido entre el _____ de _____ del _____ al _____ de _____ del 20__ habiendo cesado de su cargo por _____

(Renuncia, despido o cancelación)

Según Acuerdo No. _____ de fecha _____ de _____ del _____ percibiendo un sueldo inicial de L. _____ tuvo licencia (s) sin goce de sueldo en el periodo de _____ al _____ fue ascendido el _____ de _____ del _____ desempeñando el cargo de _____ percibiendo un sueldo de L. _____ y devengando un sueldo final de L. _____.

Habiéndose efectuado de conformidad a la ley las correspondientes aportaciones patronales y cotizaciones individuales al Sistema de Retiro de INJUPEMP.

OBSERVACIONES:

En fe de lo cual DECLARO que la información anterior es autentica y concuerda fielmente con la que se guarda en los registros y archivos de donde procede bajo mi custodia de lo cual me responsabilizo.

Tegucigalpa M.D.C. _____ de _____ del _____

FIRMA

Nota: La presente CERTIFICACIÓN deberá ser extendida en papel membretado de la Institución además deberán consignarse correctamente todos los requisitos que se solicitan en este formato.

Con relación a las OBSERVACIONES, el jefe de Recursos Humanos hará saber si el empleado trabajo por contrato, nombramiento por acuerdo o interinamente. Así mismo manifestara si este empleado tuvo, en que periodo, una licencia (s) sin goce de sueldo, reingreso a la institución en caso de haberse dado, fecha de los asensos con los nuevos sueldos, nombres del nuevo cargo y la omisión de alguna información y su causa justificada.

Nota: cuando la CERTIFICACION sea para solicitar Jubilación, Pensión por Invalidez o Beneficio por muerte en Servicio Activo, la extenderá el oficial Mayor o el Secretario General.

SL/FYMO

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DE PENSIÓN POR INVALIDEZ

(LEA DETENIDAMENTE LAS INSTRUCCIONES)

La solicitud PI-1 se hace en papel corriente tamaño oficio, conforme al modelo de la pagina uno (1). Se presenta junto con los documentos indicados en la Secretaría Legal del INJUPEMP en Tegucigalpa, Regional de San Pedro Sula o Regional de la Ceiba, Atlántida.

1. Fotocopia legible por ambos lados de la Tarjeta de Identidad vigente y Certificación de Acta de Nacimiento u copia autenticada.
2. Presentar Certificado o dictamen Medico original que acredite la enfermedad invalidante sea esta mental u orgánica, extendida por médicos al servicio del estado, pueden ser del IHSS o de otro Hospital estatal, en la cual se declare INCAPACITADO TOTAL Y PERMANENTEMENTE. Dicho dictamen deberá ser extendido en papel membretado de la institución en que ha sido examinado (a), con las firmas y sellos del medico tratante y del Director del centro asistencial.

La fecha de emisión del Certificado o Dictamen Medico no debe ser superior a seis (6) meses al presentarlo a INJUPEMP.

No se admiten Dictámenes Médicos de hospitales o clínicas privadas

3. Presentar una fotografía reciente tamaño carnet engrapada en la solicitud y una de cuerpo entero tamaño postal tomada en la casa.
4. Certificación (original) extendida por el Jefe de recursos Humanos de su Institución, conforme al modelo establecido por el INJUPEMP. Ver forma c-2

Nota: Si su nombre tal como aparece en los acuerdos no concuerda con su Certificación de Acta de nacimiento y Tarjeta de identidad, Favor acréditelo mediante una Constancia de la oficina de recursos Humanos de la (s) Institución (es) en donde trabaja o trabajo, explicando que se trata de la misma persona. En caso que la oficina de Recursos humanos no acredite que es la misma persona, deberá solicitar una información Ad-Perpetuum extendida por el Juzgado correspondiente o Notario Publico.

5. Copia del último acuerdo o Acción de personal de nombramiento refrendado o con Visto Bueno.
6. Constancia de Funciones que realiza en el cargo.
7. Fotocopia de las ultimas cuatro incapacidades temporales.
8. Constancia de cuenta bancaria extendida por Banco Atlántida.

Observaciones: Al solicitar la Pensión por Invalidez el participante debe estar percibiendo su salario.

No puede pedir cancelación antes de presentar la solicitud de Pensión por Invalidez al INJUPEMP.

SL