

CONSTANCIA

Por medio de la presente, se hace constar que el Departamento de Atención al Agremiado en el proceso de solicitud de fianzas el cual mediante el mismo remite lo siguiente:

1. Solicitud de fianzas nuevas:

Son las que se emiten por primera vez a los alcaldes y tesoreros nuevos o a los que ya han sido alcaldes y tesoreros, lo cual cabe mencionar que no realizo por diferentes factores.

2. Solicitud de fianzas por renovación:

Son las que se emiten de manera anual a los alcaldes y tesoreros reelectos que habían presentado la solicitud de fianzas nuevas el año anterior, y deben presentar una solicitud de renovación y constancia de no reparos para la renovación.

El proceso entro en vigencia en 25 de enero del año 2018 haciendo mención que no ha habido cambios en la misma.

Para los fines que interesado convenga se extiende la presente en Tegucigalpa a los 12 días del mes de abril del 2024.

Sin otro particular.



Arq. Roció Domínguez
Jefe de Atención al Agremiado
AMHON

#AmhonSomosTodos



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL AGREMIADO

SERVICIO PRESTADO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHOS	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS	
Fianzas de Fidelidad (La fiadora garantiza el pago al beneficiario por cualquier responsabilidad pecuniaria deducida al afianzado por concepto de Hurto, Fraude, Estafa, Solo o en contubernio con otras personas empleados de la institucion debidamente comprobados, mientras desempeñe el cargo)	Inscripcion a la Fianza de Fidelidad con la Aseguradora MAPFRE (según Art. 187 de la Ley Organica del TSC)	Pago del 3.04% sobre el monto total a afianzar (según clausula suscrita entre la AMHON y MAPFRE) En base al Art. 129 de la Ley Organica del TSC, para el calculo del Monto a Afianzar)	Llenado de formularios con sus respectivas firmas	Alcaldes/As: copia de DNI y RT, copia de credencial, constancia de no reparo por el TSC, puede ser emitida por auditor o cotador municipal	Formularios y documetos requeridos por la Aseguradora MAPFRE	
				Tesoreros/as: copia de DNI y RTN copia de nombramiento, constancia de no reparo por el TSC, puede ser emitida por auditor o cotador municipal		
				Solicitud de fianza de fidelidad datos personales, familiares. Informacion confidencial del solicitante y situacion economica. Informacion confidencial del fiador(aval) y situacion economica. Formato de aceptacion / autorizacion para vinculacion de personas expuestas (PEP)		
			Revision previa a entregar a MAPFRE, incluye subsanaciones	Entrega de todos los documentos ya asean copias u originales según sea el caso en la oficina del Depto. De Atencion al Agremiado.		
			Envio de documentacion a MAPFRE para respectiva revision y aprobacion	Certificacion de aprobacion para la incprpaoracion a la fianza emitida por la corporacion municipal		
			Entrega de la Fianza de parte de MAPFRE al Depto. De Atencion al Agremiado	Emision del Punto de Acta Municipal a la Gerencia Administrativa - AMHON para gestion de pago a MAPFRE por el monto de la fianza		Documento requerido por AMHON para gestion de pago
			Notificacion a los Alcaldes y Tesoreros para firma y entrega de fianzas	Firma de la fianza, contarecibo, pagare y convenio a MAPFRE		Copia archivo
			Entrega de contrarecibo firmado a MAPFRE	N/A		N/A
Solicitud de Renovacion de la Fianza de Fidelidad con MAPFRE (según Art. 187 de la Ley Organica del TSC)	Pago del 3.04% sobre el monto total a afianzar (según clausula suscrita entre la AMHON y MAPFRE) En base al Art. 129 de la Ley Organica del TSC, para el calculo del Monto a Afianzar)	Llenado de la solicitud de Renovacion	Entrega de constancias de NO Reparos por el TSC que pueden ser extendidas por el auditor o contador de la municipalidad	Certificacion de aprobacion para la incprpaoracion a la fianza emitida por la corporacion municipal	Documentos requeridos por MAPFRE para Renovacion delas fianzas de los Alcldes y Tesoreros Reelectos	
Nota: En base a los Art. 187 y 129 de la Ley Organica del TSC, se realiza el proceso de inscripcion a la fianza con a la Aseguradora MAPFRE						



Rocío Domínguez
Departamento de Atención al Agremiado

AMHON

14. LUGARES DE RESIDENCIA DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

DE		A		LUGAR	ACTIVIDAD A QUE SE DEDICO
MES	AÑO	MES	AÑO		

15. ¿Ha estado alguna vez sujeto a proceso judicial? _____ Detalle circunstancias y sentencia dictada

16. Tiempo que tiene de desempeñar el empleo para el que solicita la fianza _____

Fecha de ingreso _____

Sueldos y emolumentos que percibe o percibirá mesualmente L. _____

¿En qué forma le serán pagados? _____

Indole de sus obligaciones _____

¿Ha otorgado alguna otra fianza para desempeñar el mismo empleo? _____

17. ¿Dispone de otros ingresos? ¿Cuál es su cuantía y procedencia? _____

18. ¿Tiene bienes raíces registrados a su nombre? _____ En caso afirmativo, utilice el siguiente cuadro para detallarlos.

UBICACION	DESCRIPCION	VALOR	GRAVAMENES

19. ¿posee negocios propios? _____ ¿En qué consisten? _____
 _____ ¿Qué capital ha invertido en ellos y cuánto le producen? _____

20. ¿Se dedica a operaciones especulativas? _____ ¿De qué índole? _____

21. ¿Ha sido declarado alguna vez en estado de quiebra o de insolvencia? _____

22. ¿Alguna Compañía o persona se ha negado para servirle de fiador? _____

23. POLIZAS DE SEGURO QUE TENGA EN VIGOR EL SOLICITANTE

FECHA DE ADQUISICION	COMPAÑIA	CLASE	VALOR	BENEFICIARIO


OBLIGACIONES DEL SOLICITANTE

PRIMERA: En el caso de que MAPFRE, (en lo sucesivo designada, como "La Compañía) otorgue la fianza que solicito y como consecuencia de ella, de sus modificaciones o prórrogas, tuviere que pagar alguna reclamación derivada de hechos delictuosos contra la propiedad de los que yo sea responsable en razón directa del desempeño de mi cargo, me obligo a reintegrarle todo lo que por ese concepto haya cubierto, así como los gastos y costos que la reclamación del acreedor haya originado, debiendo además indemnizarla con el pago de intereses a razón del quince por ciento anual sobre el importe de toda y cada una de las erogaciones mencionadas.

SEGUNDA: Aún cuando la compañía realice algún pago sin mi consentimiento, no podré oponer a su derecho de recuperación y pago de accesorios mencionados en la cláusula anterior, las excepciones que se hubieran podido hacer valer ante el acreedor al tiempo de efectuar el pago.

Facilitamos el Pago de sus Pólizas

Ponemos a su disposición las mejores opciones para el pago de sus primas, de forma que garantice la cobertura de sus pólizas, mediante:

1. Cargo Automático a Tarjeta de Crédito. Pague sus primas mediante Cargo a su tarjeta, o de acuerdo a la forma de pago contratada en la póliza, trabajamos con todas las tarjetas del mercado, elija la de su conveniencia: 

2. Extra financiamiento. Si eres tarjetahabiente de Credomatic o Banco Promerica, paga tus primas con 0% de intereses, con plazos hasta de 12 meses.



Completa el Formulario de Autorización para el pago mediante Tarjeta de Crédito y acumula puntos de acuerdo a los programas vigentes con su proveedor de tarjetas.

En testimonio de lo cual firmo la presente en _____ a los

_____ días del mes de _____ del 20 _____

(F) _____
El Solicitante

(F) _____
El Agente

Identidad N° _____

Fecha de vencimiento _____

INFORME DEL JEFE DE OFICINA O PRINCIPAL

Me he impuesto de las declaraciones y contestaciones que anteceden, que hace el señor _____ y las creo Fidedignas. Ha estado empleado durante _____ y por cuanto sé, y por los informes que tengo, siempre ha desempeñado sus obligaciones de una manera cumplida y satisfactoria. No me consta que se halle en desfalco o atraso alguno en el pago de sus obligaciones y entiendo que ha rendido sus cuentas con puntualidad y exactitud. No tengo antecedente alguno en contra suya, que lo haga desmerecer de la confianza general, ni tampoco encuentro motivo para que no se le conceda la fianza solicitada.

El empleo para el cual solicita la fianza lo desempeña (rá) a partir del _____ de _____ del 20 _____

_____ de _____ del 20 _____

Firma _____ Cargo _____
(SELLO)



INFORMACION CONFIDENCIAL DEL SOLICITANTE

Nombre completo:

Profesión u oficio:

R.T.N.

Cédula de identidad:

Estado civil:

Edad:

Nacionalidad:

Pasaporte:

Dirección de domicilio:

Teléfono:

Empresa donde trabaja y su dirección:

Teléfono Fijo:

Ext:

Celular:

E-mail:

¿Cuántos años tiene de trabajar en dicha empresa?

¿Tiene estabilidad en su trabajo?

¿Sus ingresos mensuales fijos:

¿Número de personas que dependen de usted?

¿Posee algún tipo de Seguro en esta Compañía?

Lugar y fecha: _____

Firma del Solicitante



SITUACION ECONOMICA

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

INGRESO MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
_____ Sueldo Básico	L	Gastos Alimentación Familiar	L
_____ Comisiones	L	Otros Gastos Familiares (Ropa, Medicina, Servicios Públicos)	L
_____ Ayuda Familiar	L	Prima de Seguro de Vida	L
_____ Ingreso Cónyugue	L	Por el Automóvil (Letra, Cuenta, Mant. Combustible)	L
_____ Servicios Profesionales	L	Por Muebles y Enseres	L
_____ Por Alquiler de Propiedades	L	Por Préstamos	L
_____ Por Inversiones	L	Cooperativa	L
_____ Provenientes de la Agricultura	L	Gastos de Venta	L
_____ Provenientes de Ganadería	L	Alquiler	L
_____ Provenientes de Negocios	L	Otras Ctas. Por pagar (especificar)	L
Total	L.	Total	L.
DISPONIBILIDAD		MENSUAL	ANUAL

Es indispensable la comprobación de estos ingresos

ACTIVOS		PASIVOS	
Depósitos Bancarios	L	Préstamos (Nombre Prestamista)	L
Cuenta Cheques	L	_____	L
Cuenta Ahorro	L	_____	L
Otros Depósitos	L	_____	L
Inversiones (Bonos, Acciones, Negocios)	L	_____	L
Cuentas por Cobrar	L	Otras Cuentas por pagar	L
Muebles y enseres	L	Cooperativa	L
Automóviles	L	Automóvil	L
Propiedades Urbanas	L	Seguros	L
Propiedades Rurales	L	Impuestos	L
Otros Activos (especifique)	L	Anticipo Sueldo	L
Total	L.	Otros (Especificar)	L
Total	L.	Total	L.
Presentar último estado de cuenta			

REFERENCIAS BANCARIAS Y COMERCIALES

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	MENSUALIDAD	SALDO ACTUAL

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SECTOR ASEGURADOR

COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS

(Con base a Resolución N° 1393/26-12-2007)

Tipo de Relación: Contratante Asegurado Afianzado Beneficiario Apoderado Proveedor Intermediario
 Otra Cual: _____

I. DATOS PERSONA NATURAL (Para personas jurídicas serán las del Representante)

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

Tipo de Identificación: Identidad Pasaporte Carné Residente RTN / RUC Otras Cual: _____

Número de Documento		Lugar y Fecha de Expedición		Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento		Estado Civil		
				Día	Mes	Año			Nombre del Cónyuge		
Género		Nacionalidad			Profesión, Oficio u Ocupación						
Masculino <input type="radio"/>		Femenino <input type="radio"/>									
					Dirección Residencia						

Municipio	Departamento	País	Teléfono	Celular	Correo electrónico
Asalariado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Rentista <input type="radio"/> Socio <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/>					
Empresa donde trabaja		Área		Cargo	Tiempo de Laborar
Dirección Laboral					
Municipio	Departamento	País	Teléfono	Fax	Correo electrónico

II. DATOS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PERSONA JURÍDICA

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial			RTN / RUC
Dirección Completa					
Municipio	Departamento	País	Teléfono	Fax	Sitio Web
Tipo de Empresa: Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>					
Actividad Económica: Industrial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Transporte <input type="radio"/> Construcción <input type="radio"/> Agrícola <input type="radio"/> Civil <input type="radio"/> Servicios Financieros <input type="radio"/>					
Otra <input type="radio"/> Cual: _____					

III. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y ACEPTACION DE CLAUSULA

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Acepto el hecho de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, las Compañías de Seguros están facultadas a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.

IV. FIRMA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

 FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

V. DOCUMENTO REQUERIDOS

- EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (PARA PERSONAS JURIDICAS SE DEBE ADJUNTAR DEL REPRESENTANTE LEGAL).
 Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de seguros:
- PERSONA NATURAL (a) COMERCIANTE INDIVIDUAL (a, b, y c)**
 - Fotocopia de la respectiva identificación, ya sea tarjeta de identidad, pasaporte o carné de residente, según corresponda.
 - Fotocopia de la declaración de comerciante individual.
 - Inscripción en el Registro Mercantil y la identificación de las personas autorizadas para contratar en nombre de la empresa, dejando las fotocopias en el respectivo expediente.
- PERSONA JURIDICA**
 - Fotocopia de la Escritura de Constitución y sus reformas.
 - Fotocopia del Registro Tributario Nacional.
 - Fotocopia de la Identidad de los representantes de la sociedad.



INFORMACION CONFIDENCIAL DEL FIADOR (O AVAL)

Nombre completo:		
Profesión u oficio:		
R.T.N.	Cédula de identidad:	
Estado civil:	Edad:	
Nacionalidad:	Pasaporte:	
Dirección de domicilio:		
Teléfono:		
Empresa donde trabaja y su dirección:		
Teléfono Fijo:	Ext:	Celular:
E-mail:		

¿Cuántos años tiene de trabajar en dicha empresa?
¿Tiene estabilidad en su trabajo?
¿Sus ingresos mensuales fijos:
¿Número de personas que dependen de usted?
¿Posee algún tipo de Seguro en esta Compañía?

NOTA: Adjuntar constancia de trabajo

Lugar y fecha: _____

Firma del Fiador

F-07/75

SITUACION ECONOMICA

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.


INGRESO MENSUALES	EGRESOS MENSUALES
_____ Sueldo Básico L	Gastos Alimentación Familiar L
_____ Comisiones L	Otros Gastos Familiares (Ropa, Medicina, Servicios Públicos) L
_____ Ayuda Familiar L	Prima de Seguro de Vida L
_____ Ingreso Cónyugue L	Por el Automóvil (Letra, Cuenta, Mant. Combustible) L
_____ Servicios Profesionales L	Por Muebles y Enseres L
_____ Por Alquiler de Propiedades L	Por Préstamos L
_____ Por Inversiones L	Cooperativa L
Provenientes de la Agricultura L	Gastos de Venta L
Provenientes de Ganadería L	Alquiler L
Provenientes de Negocios L	Otras Ctas. Por pagar (especificar) L
Total L.	Total L.
DISPONIBILIDAD MENSUAL ANUAL	

Es indispensable la comprobación de estos ingresos

ACTIVOS	PASIVOS
Depósitos Bancarios L	Préstamos (Nombre Prestamista) L
Cuenta Cheques L	_____ L
Cuenta Ahorro L	_____ L
Otros Depósitos L	_____ L
Inversiones (Bonos, Acciones, Negocios) L	Otras Cuentas por pagar L
Cuentas por Cobrar L	Cooperativa L
Muebles y enseres L	Automóvil L
Automóviles L	Seguros L
Propiedades Urbanas L	Impuestos L
Propiedades Rurales L	Anticipo Sueldo L
Otros Activos (especifique) L	Otros (Especificar) L
Total L.	Total L.
Presentar último estado de cuenta	

REFERENCIAS BANCARIAS Y COMERCIALES

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	MENSUALIDAD	SALDO ACTUAL



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SECTOR ASEGURADOR
COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS
 (Con base a Resolución N° 1393/26-12-2007)

Tipo de Relación: Contratante Asegurado Afianzado Beneficiario Apoderado Proveedor Intermediario
 Otra Cual: _____

I. DATOS PERSONA NATURAL (Para personas jurídicas serán las del Representante)

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

Tipo de Identificación: Identidad Pasaporte Carné Residente RTN / RUC Otras Cual: _____

Número de Documento	Lugar y Fecha de Expedición	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Estado Civil
---------------------	-----------------------------	---------------------	---------------------	--------------

Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del Cónyuge _____

Género

Masculino

Femenino

Nacionalidad _____

Profesión, Oficio u Ocupación _____

Dirección Residencia _____

Municipio	Departamento	País	Teléfono	Celular	Correo electrónico
-----------	--------------	------	----------	---------	--------------------

Asalariado Independiente Estudiante Rentista Socio Pensionado Jubilado

Empresa donde trabaja _____

Área _____

Cargo _____

Tiempo de Laborar _____

Dirección Laboral _____

Municipio	Departamento	País	Teléfono	Fax	Correo electrónico
-----------	--------------	------	----------	-----	--------------------

II. DATOS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PERSONA JURÍDICA

Razón o Denominación Social	Nombre Comercial	RTN / RUC
-----------------------------	------------------	-----------

Dirección Completa _____

Municipio	Departamento	País	Teléfono	Fax	Sitio Web
-----------	--------------	------	----------	-----	-----------

Tipo de Empresa: Pública Privada Otros

Actividad Económica: Industrial Comercial Transporte Construcción Agrícola Civil Servicios Financieros
 Otra Cual: _____

III. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y ACEPTACION DE CLAUSULA

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, las Compañías de Seguros están facultadas a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.

IV. FIRMA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

 FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

V. DOCUMENTO REQUERIDOS

1. EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (PARA PERSONAS JURIDICAS SE DEBE ADJUNTAR DEL REPRESENTANTE LEGAL).
 Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de seguros:
2. **PERSONA NATURAL (a) COMERCIANTE INDIVIDUAL (a, b, y c)**
 - a.) Fotocopia de la respectiva identificación, ya sea tarjeta de identidad, pasaporte o carné de residente, según corresponda.
 - b.) Fotocopia de la declaración de comerciante individual.
 - c.) Inscripción en el Registro Mercantil y la identificación de las personas autorizadas para contratar en nombre de la empresa, dejando las fotocopias en el respectivo expediente.
3. **PERSONA JURIDICA**
 - Fotocopia de la Escritura de Constitución y sus reformas.
 - Fotocopia del Registro Tributario Nacional.
 - Fotocopia de la Identidad de los representantes de la sociedad.

FORMATO DE ACEPTACION / AUTORIZACION PARA VINCULACION CON PERSONAS (PEPS)

HN.F.CU1.V3.0

Sucursal: _____	Fecha de Autorización: _____
-----------------	------------------------------

Identificación de Persona Expuesta Políticamente

¿ El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Si No

Describe el cargo o puesto que el Pep desempeña o ha desempeñado _____

¿El solicitante es padre, madre, hermano (a), conyuge, hijo (a) de una Persona Expuesta Políticamente (PEP) ? SI No

Si la respuesta anterior es positiva, proporcionar la siguiente informacion:

1. Parentesco, Afinidad o Relacion con la Persona Expuesta Politicamente: _____

2. Nombre completo de la persona que origina la relacion de PEP _____

3. Institucion / Empresa donde labora la PEP: _____ 4. Cargo que desempeña la PEP: _____

Información General del cliente

Nombres y apellidos completos: _____

No. Identidad: _____

Nombres y apellidos completos del cónyuge (aplica a personas casadas y en unión libre): _____

No. Identidad: _____

Monto del seguro solicitado o vigente: _____ Prima anual _____

Familiares o personas mas cercanas (padres, hijos, hermanos, conyuge, abuelos, hermanos, yernos y nueras, cuñados, nietos y suegros.		
Nombre Completo	Numero de identificacion	Relación o Parentesco

¿El PEP es socio, accionista, gerente o representante legal de alguna empresa nacional o internacional?

Si No En caso de ser afirmativo, completar la siguiente información:

Nombre de la Empresa: _____

RTN: _____ País donde se constituyó la Empresa: _____

Cargo que desempeña: _____

En caso de ser socio : _____ % de participación

Favor detallar si tiene fuente de ingresos adicionales _____

Firma del Cliente

Cliente atendido por

Lugar y Fecha

Autorizado por :

Nombre Completo y Firma

Declaración: Hago constar que lo antes descrito es verdadero y libero a la compañía aseguradora de responsabilidad presente y futuro. Mapfre Honduras queda facultado a utilizar y se compromete a la debida reserva, confidencialidad y contenido de la misma en conformidad a la legislación aplicable.

Municipio de: _____

Departamento de: _____

Fecha: _____ de 2024

Señores
MAPFRE HONDURAS, S.A.
Presente

Estimados señores: **Ref:** Renovación de Fianza de Fidelidad

Por este medio, solicito la Renovación de la Fianza de Fidelidad a nombre de:
_____, con vigencia de **UN AÑO** a partir del **25 DE ENERO 2024 al 25 DE ENERO Del 2025**; misma que sirve para garantizar mis actuaciones como; _____, del Municipio de _____ del Departamento _____.

Al mismo tiempo hago del conocimiento de ustedes, que a la fecha no he sido objeto de ningún reparo, derivado del cargo que desempeño, por lo que adjunto nota de auditoría.

Por la presente solicito de MAPFRE, del domicilio de Tegucigalpa M.D.C., el otorgamiento de una fianza individual (o mi inclusión en fianza colectiva, si así procede), por la cantidad de **L.**

Esperando contar con el apoyo de siempre.

Atentamente.

Firma: _____

Nombre: _____

Identidad: _____

CONSTANCIA DE NO REPARO

Por medio de la presente hacemos constar que: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, no ha sido objeto de reparo, ni de ninguna responsabilidad pecuniaria por concepto de hurto, fraude, estafa, malversación de fondos; solo ni en contubernio con otras personas empleados en la misma institución, que se desempeña en el cargo de xxxxxx del Municipio xxxxxxxxxxxx del Departamento xxxxxxxxxxxx, durante el periodo del 25 de enero del 2023 a la fecha.

Y para los fines que al interesado convenga, se firma la presente a los xxx días del mes de xxxx del año 2024.

Firma _____

Auditor ó Contador Municipal