



INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR
REGIMEN DE RIESGOS ESPECIALES
División de Administración

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras. C.A.

Apartado Postal No. 885
Teléfonos: 2239-1441

OFICIO N0. 1084/ADM.

MEMORANDO

ASUNTO : TRANSFERENCIA

A L : SEÑOR
SUB- GERENTE TÉCNICO FINANCIERO E INVERSIONES DEL
INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR
CORONEL DE DEFENSA AÉREA DEMA
DON **OTTO FABRICIO MEJIA HERCULES**
SU OFICINA

D E L : JEFE DE LA DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN
DEL INSTITUTO DE PREVISION MILITAR
TTE. CORONEL DE ARTILLERIA D.E.M.
SUCELY MARIA MIRANDA ARITA
SU OFICINA

F E C H A : 11 de octubre de 2023



Acreditar la siguiente cantidad, **(L. 24,000.00) VEINTICUATRO MIL LEMPIRAS CON 00/100**, a favor de: **GRAFICOS TEGUCIGALPA S de R. L. GRATEG**, con número de **RTN-08019005471568**, en concepto de pago de factura número 000-001-01-00010817, por servicio de impresión de formularios para la documentación de afiliados a este Instituto. Se adjunta factura y demás documentos respectivos.

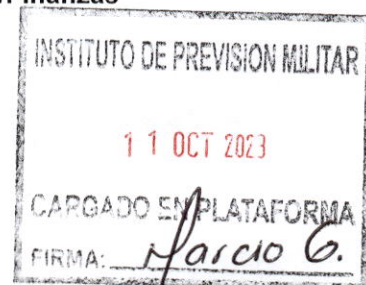
Valor Total de la Factura	L. 27,600.00
Retención I.S.V. 15%	L. 3,600.00
Valor a Pagar	L. 24,000.00

DEPOSITAR A LA CUENTA No. 100371041 BAC CREDOMATIC
DEBITAR DE LA CUENTA No. 01-599-001130-3 BANPAIS

Control Interno

Gerencia/Sub-Gerencia/Finanzas

Cc. Archivo/JH

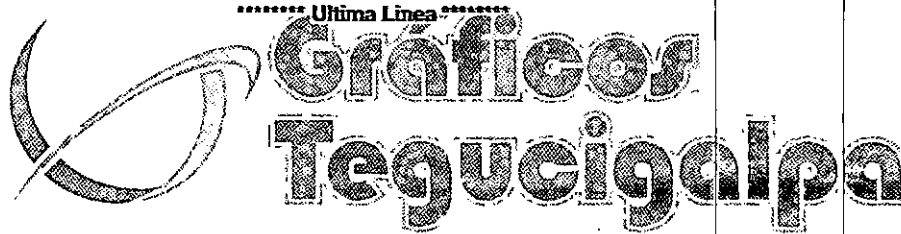


NOMBRE: 00885 IPM

FECHA: 09-10-2023

R.T.N. CLIENTE	CONTADO	CRÉDITO	VENCIMIENTO	COTIZACIÓN
08019003235214		X	08-11-2023	

ITEM	CANTIDAD	PRODUCTO Y EMPAQUE	PRECIO UNITARIO L.	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	PRECIO TOTAL L.
1	10,000	IMPRESIONES FORMULARIO DE AUXILIO IMPRESO EN PAPEL BOND 20 TAMAÑO CARTA FULL COLOR AMBOS LADOS	0.7000		7,000.00
2	10,000	IMPRESIONES FORMULARIO DE CONOZCA SU CLIENTE TAMAÑO LEGAL FULL COLOR 1 LADO PAPEL BOND 20	0.8000		8,000.00
3	10,000	IMPRESIONES FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO TAMAÑO LEGAL FULL COLOR AMBOS LADOS PAPEL BOND 20	0.9000		9,000.00



TOTAL DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	IMPORTE EXONERADO	IMPORTE EXENTO / ISV	IMPORTE GRAVADO 18%	IMPORTE GRAVADO 15%
L.	L.	L.	L.	L. 24,000.00
		ISV 18%	ISV 15%	TOTAL FACTURA
		L.	L. 3,600.00	L. 27,600.00

Valor en Lempiras**Veinte y siete mil seiscientos con 00/100***

No. Orden de Compra Exenta:	No. Constancia de Registro Exonerado:	No. Registro de la SAG:
-----------------------------	---------------------------------------	-------------------------

ACEPTADA SIN PROTESTO	LETRA No.	POR LPS.	27,600.00
09-10-2023	FECHA EMISION	09-10-2023	FECHA DE VENCIMIENTO 08-11-2023
FECHA	SE SERVIRA PAGAR POR ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO A NUESTRA		
FIRMA FIADOR	ORDEN LA CANTIDAD DE: Veinte y siete mil seiscientos con 00/100		
FIRMA DEUDOR	A		

Fecha Limite de Emisión: 16/02/2024

ORIGINAL BLANCO: CLIENTE / COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR
COPIA AZUL: CONTABILIDAD
COPIA VERDE: ARCHIVO

FIRMA GRATEG

FIRMA CLIENTE

LEER CONDICIONES DE LA VENTA AL REVERSO
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

MODALIDAD: IMPRESIÓN POR IMPRENTA

CONDICIONES DE ESTA COMPRA - VENTA

1. La mercadería es de nuestra propiedad hasta su pago total. - Nos reservamos el derecho de recoger la misma si vencido el plazo de pago, este no se hubiere efectuado.
2. La mercancía viaja por cuenta y riesgo del comprador, suplicamos revisar la calidad y cantidad de la mercadería en el acto de entrega y en presencia de nuestro empleado y hacer inmediatamente el reclamo. - **No** aceptamos reclamos posteriores.
3. Queda entendido que la (s) persona (s) que firma (n) la presente factura esta (n) autorizada (s) para ello y actúa (n) como representante (s) del Comprador quien se hace responsable del pago final de esta factura. En caso de que la persona que firma la presente factura no esta autorizada, sera responsable civil y criminalmente.
4. Si la factura no es cancelada a su vencimiento, se le cargara el 3.5% de interés mensual sobre los saldos insolutos.
5. El comprador acepta estas condiciones y se compromete a cancelarla a su vencimiento y en caso de incumplimiento renuncia expresamente a su domicilio y se somete a la jurisdicción de Tegucigalpa para las acciones legales que en derecho correspondan.



Instituto de Previsión Militar (IPM)

Colonia Luis Landa Bvl, Centroamérica
contiguo a INPREMA Tegucigalpa .M.D.C, Honduras

E-mail: mezam@grupoipm.hn

Tels: (504) 2239-1441 , Cel: (504) 9875-9015

R.T.N: 08019003238214

COMPROBANTE DE RETENCIÓN

CAI: 6140DB-A8B997-0C4796-23D960-F44CDA-B4

Rango Autorizado: 000-002-05-00002051 al 000-002-05-00003300

Fecha Limite de Emisión: 10/11/2023

N° 000-002-05-00002702

Fecha 09 de oct. del 2023

R.T.N 08019005471568

Sr.(a): Graficos Tegucigalpa & de R.L.

del Comprobante Fiscal: 000-001-01-00010817

CAI del Comprobante: 6DDE80-25A33C-BA4896-8854D9-120F62-B7

Fecha de Emisión del Comprobante: 10 de octubre de 2023

No.	DESCRIPCIÓN DEL IMPUESTO RETENIDO	BASE DISPONIBLE	% DE RETENCIÓN	IMPORTE TOTAL RETENIDO
1	Retención del I.S.V. por compra de impresiones de formularios.	24,000.00	15%	3,600.00

Total en Letras: tres mil seiscientos con 00/100.

TOTAL L.3,600.00

Original: Cliente Copia 1: Obligado Tributario Emisor Copia 2: Contabilidad

Lempiras

Firma: [Firma]

INPREMA CERTIFICADO No. 82312-1-100007706. (004) 3281-5348, R.T.N. 07031880003639



CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA



201-23-10500-79072

La DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **GRAFICOS TEGUCIGALPA S. DE R. L.**

Con Registro Tributario Nacional: **08019005471568**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-23-10500-79072 en fecha 03/10/2023, y Recibo Oficial de Pago No. 25417104510 de fecha 02/10/2023 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202301, según Declaración 35743156111, presentada el 24/04/2023.

La presente Constancia vence el 02/01/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

JONY PORFIRIO JIMENEZ
DIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR



(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección <http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx>, ingresando el número **201-23-10500-79072** o mediante el siguiente código QR:





RTN: 08019003238214

08019005471568

No.	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES O INSUMOS	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	IMPRESIONES FORMULARIO DE AUXILIO IMPRESO EN PAPEL BOND 20 TAMAÑO CARTA FULL COLOR AMBOS LADOS	10000 ✓	UNIDAD	L. 0.70	L. 7,000.00
2	IMPRESIONES DE FORMULARIO DE CONOZCA SU CLIENTE TAMAÑO LEGAL FULL COLOR 1 LADO PAPEL BOND 20	10000 ✓	UNIDAD	L. 0.80	L. 8,000.00
3	IMPRESIONES FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO TAMAÑO LEGAL FULL COLOR AMBOS LADOS PAPEL BOND 20	10000 ✓	UNIDAD	L. 0.90	L. 9,000.00
	*****UL*****				
				TOTAL	L. 24,000.00
	Impuesto Sobre Ventas			15.00%	L. 3,600.00
					L. 27,600.00

NOTA: EL IPM, LE INFORMA QUE LAS FACTURAS DEBEN SER ENTREGADAS EN NUESTRAS OFICINAS A MAS TARDAR LOS SIGUIENTES DOS (2) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE SER EMITIDAS LAS MISMAS Y LOS ÚLTIMOS CINCO (5) DÍAS DEL MES DEBEN SER ENTREGADAS ESE MISMO DÍA: EL IPM NO ACEPTARÁ FACTURAS FUERA DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN

Gráficos Tegucigalpa

Col. Alameda Ave. Ruben Dario atras
de la Escuela Republica de Honduras
Tel: 239-4104, Fax: 232-4861

Nro. 17638
Fecha 08/09/2023
Página 1

COTIZACION



Propuesto a:

Enviado a:

IPM

Tlf.:

TEGUCIGALPA HONDURAS

Código clte.: 5092

Tlf.:

TEGUCIGALPA HONDURAS

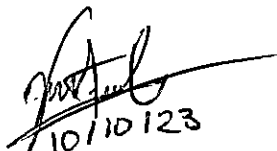
Enviar: Entrega

Términos: Efectivo

Vendedor:

Referencia:

Código producto	Descripción del producto	Cantidad	Precio Unit. L.	Subtotal L.
016	IMPRESIONES FORMULARIO DE AUXILIO IMPRESO EN PAPEL BOND 20 TAMAÑO CARTA FULL COLOR AMBOS LADOS	10,000.00	0.70	7,000.00
016	IMPRESIONES FORMULARIO DE CONOZCA SU CLIENTE TAMAÑO LEGAL FULL COLOR 1 LADO PAPEL BOND 20	10,000.00	0.80	8,000.00
016	IMPRESIONES FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO TAMAÑO LEGAL FULL COLOR AMBOS LADOS PAPEL BOND 20	10,000.00	0.90	9,000.00


10/10/23
Recibido

30,000.00 Subtotal 24,000.00

Impuesto: 3,600.00

TOTAL L. 27,600.00

HAROLD ZELAYA

FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

FIRMA Y SELLO
GRAFICOS TEGUCIGALPA

SUB-TOTAL L.	28,800.00
ISV L.	4,320.00
Total A Pagar L.	33,120.00



INVERSIONES DURON

hoy a la(s) 13:52



Inversiones Duron Velasquez S de R.L

Bo. San Rafael Edificio Gamindi Local #5, Tegucigalpa M.D.C

Correo: inversionesduronvelasquez@gmail.com

R.T.N. 08019021292594 Cel. 9854-3606



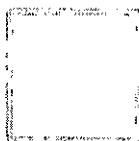
COTIZACION N° 0028691

Fecha: 11/09/2023

Cliente: IPM
Dirigida A : Departamento de Compras RTN:

Nº	DESCRIPCION	P/U	TOTAL
10,000	Elaboration de formularios de Auxilio de Supervivencia. Tamaño carta tiro y retiro	3.14	31,400.00
10,000	Elaboración de formularios de Conozca su Cliente. Tamaño Lega	1.80	18,000.00
10,000	Elaboración de formularios de Historial Medico. Tamaño Legal, y color, tiro y retiro	2.50	25,000.00
NOTA:		SUB-TOTAL	74,400.00
		ISV	11,160.00
		TOTAL	85,560.00

FIRMA Y SELLO





Instituto de Previsión Militar

Régimen de Riesgos Especiales

División de Administración
Tegucigalpa, MDC., Honduras C.A.

Jose...

FECHA:

28/8/23.

PROCEDENCIA:

División de Beneficios

INSTRUCCIONES:

D/C Procede



URGENTE

TTE. CORONEL EN ARTILLERIA DEM...

SUCELY MARIA MIRANDA ARITA

JEFE DE LA DIVISION DE ADMINISTRACION

EHO-3024

DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN



28 AGO 2023

FIRMA:

HORA:

[Firma]
10:34



**INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR
REGIMEN DE RIESGOS ESPECIALES
Gerencia**

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras C.A.



NO. REGISTRO

FECHA: 28 DE AGOSTO DE 2023

7392

PROCEDENCIA: BENEFICIOS

INSTRUCCIONES:

PROCEDER CONFORME.-: ADMINISTRACIÓN, BENEFICIOS



URGENTE

CORONEL DE SEG. DE INST. D.E.M.A Y MBA

ALFREDO FABRICIO ERAZO PUERTO

GERENTE

FAHO-2065

INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR

GERENCIA

28 DE AGOSTO DE 2023

FIRMA: ITALIA

HORA: 08:52

USO INTERNO



INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR
RÉGIMEN DE RIESGOS ESPECIALES
SUB GERENCIA TÉCNICA DE OPERACIONES
Y BIENESTAR SOCIAL



DB: 08-789-2023

25 de agosto de 2023

ASUNTO : SOLICITUD

A L : SEÑOR
GERENTE DEL INSTITUTO DE PREVISION MILITAR
CORONEL (R), LICENCIADO Y MBA.
DON ALFREDO FABRICIO ERAZO PUERTO
SU OFICINA

1. Por este medio y de la manera más respetuosa nos dirigimos a Usted, a fin de solicitarle si para ello no media inconveniente alguno, ordene a quien corresponda la compra de la documentación abajo descrita, misma que será utilizada para documentar a los afiliados a este instituto:

10,000 formularios de Auxilio de Sobrevivencia.
10,000 formularios Conozca su Cliente.
10,000 formularios Historial Médico.

2. Sin otro particular nos suscribimos de Usted, con muestras de subordinación y respeto.

HONOR

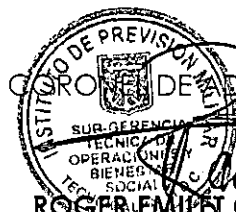


TE. CORONEL DE INFANTERIA D.E.M.Y MSC
DIVISION DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS

ANGEL EMILIO CASTILLO AGUIRIANO
JEFE DIVISION DE BENEFICIOS
EHO-2884

LEALTAD

SACRIFICIO



CORONEL DE ADMÓN DEM Y MAE
ROGER EMILIO COELLO DEL CID
SUB GERENTE TÉCNICO DE OPERACIONES
Y BIENESTAR SOCIAL
EHO-2607

V.B. CORONEL DE DEFENSA AÉREA D.E.M.A.
SUB GERENTE TÉCNICO FINANCIERO Y ACTUARIO



OTIS FABRICIO MEJIA HÉRCULES
SUB GERENTE TÉCNICO FINANCIERO
FAHO-2629

AECA/evelyna
CC/ archivo

USO INTERNO



INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR
TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A.

AUXILIO DE SOBREVIVENCIA
(Régimen de Riesgos Especiales)

Yo. _____

Identidad _____ Libre de espontáneamente designo como beneficiario para efectos del artículo No. 37 de la ley del Instituto de Previsión Militar, para cuando ocurra mi fallecimiento siendo afiliado Activo o en Situación Suspensiva, Retirado o discapacitado a la (s) persona (s) que a continuación nomino:

NOMBRE (S) Y APELLIDO (S) DE LOS BENEFICIARIOS **PARENTESCO** **PORCENTAJE**

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

Lugar y fecha _____

(f) Afiliado

Huella
Digital

(f) Gerente

El suscrito Jefe del Departamento de Afiliación del Instituto de Previsión Militar, Por este medio certifica que este documento fue firmado en su presencia por el Afiliado.

Lugar y Fecha _____

Firma y Sello _____

LEY DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR

DISPOSICIÓN LEGAL APLICABLE "AUXILIO DE SOBREVIVENCIA"

1. Se entiende por Auxilio de Supervivencia la prestación a que tiene derecho:

- a) Los beneficiarios que el afiliado activo, en situación suspensiva con más de veinticinco (25) años de aportación al Régimen, retirado y el discapacitado hubiere designado para cuando ocurra su fallecimiento.
- b) Los beneficiarios designados, el esposo (a), los hijos (as) y el padre o la madre que dependan económicamente del afiliado o causante, designado por el. (Art. 2, numeral 2).

2. Montos:

- a) El equivalente a cuarenta (40) veces el SBM, cuando el fallecimiento sea por consecuencia de una actividad de alto riesgo del servicio.
- b) El equivalente a veinte (20) veces el SBM, cuando el fallecimiento haya sido ocasionado por cualquier otra causa.
- c) El equivalente a veinte (20) veces el monto de la pensión de que gozaba el pensionado al fallecer.

3. El afiliado tendrá derecho a cambiar sus beneficiarios de conformidad al procedimiento establecido por el I.P.M. (Art. 39)

4. En caso de no existir designación de beneficiarios o que la misma sea incorrecta, el valor de todas las prestaciones en referencia formarán parte de la masa hereditaria del afiliado fallecido (Art. 40)

UMBRA EIUS PROTEGIT ME



RESTRINGIDA



CERTIFICADO DE HISTORIA MÉDICO

(La solicitud deberá ser llenada con letra molde y sin omitir datos, tachaduras, borrones y manchones)

1. Afiliado: _____ No. Identidad: _____
2. Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
3. Residencia actual: _____
4. Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____
5. Sexo F ☐ M ☐ Estado civil: _____ Ocupación: _____
6. Recibe Cobertura Médica en: IHSS ☐ HM ☐ HPN ☐ HBCB ☐ Otros hospitales _____
7. Afiliado: ☐ Jubilado: ☐ Pensionado: ☐ Beneficiario Hijos ☐ Beneficiario esposa (o) ☐ Beneficiario padres ☐
8. Patrono: _____ Fuerza /Dirección: _____
9. Unidad de asignación: _____
10. Categoría: _____ Cargo _____
11. Peso lbs: _____ Estatura: _____ Sangre Tipo: _____

Antecedentes de Salud

1. ¿Ha consultado a algún médico en los últimos 12 meses? _____ Si _____ No _____
2. ¿Le han detectado diabetes, cáncer, tumores, quistes, presión alta? _____ Si _____ No _____
3. ¿Algún familiar como: **Padre, Madre, Hermanos, Abuelos ó Tíos**, padecen de lo antes mencionado ítem No.2 **De ser afirmativa de su respuesta en el Numeral No. 18** _____ Si _____ No _____
4. ¿Ha tenido enfermedad del corazón, pulmones, vías respiratorias? _____ Si _____ No _____
5. ¿Enfermedad de los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas? _____ Si _____ No _____
6. ¿Ha tenido, sufrido o padecido depresión, ansiedad o enfermedad mental? _____ Si _____ No _____
6. ¿Se le ha practicado o avisado de alguna operación quirúrgica? _____ Si _____ No _____
8. ¿Tiene alguna Incapacidad física? _____ Si _____ No _____
9. ¿Toma algún medicamento? Dé el nombre _____ Si _____ No _____
10. ¿Ha recibido alguna vez atención médica o tratamiento médico por síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o alguna enfermedad relacionada con esta? _____ Si _____ No _____
11. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos o habanos al día? _____ Si _____ No _____
12. ¿Ingiere licor? Indique la frecuencia por día y semana? _____ Si _____ No _____
13. ¿Padece de Enfermedades Osteoartriticas (Columna, articulaciones, cervical) _____ Si _____ No _____
14. ¿Le falta alguna parte u órgano del cuerpo (especifique)? _____ Si _____ No _____
15. ¿Esta Ud. Embarazada? ¿Cuántos meses? _____ Si _____ No _____
16. Nombre del ginecólogo (si es mujer) _____
17. Nombre el último médico que lo atendió y teléfonos _____
18. Si cualquiera de las respuestas a las preguntas 1 a la 14 es afirmativa, favor detallar a continuación e Indique: Fechas y Diagnósticos. _____

RESTRINGIDA

Muestra

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRARNOS DATOS Y RELEVAR INFORMACIÓN PERSONAL:

Por este medio autorizó a cualquier y todo médico o clínica o institución hospitalaria, o a cualquier miembro de su personal profesional, para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, documento declaración, análisis diagnostico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o cualquier registro profesional, y suministren copia de los mismos, ademas renuncio, exonero y revelo al médico, clínica, hospital o cualquier registro profesional, de toda restricción impuesta por la ley para que informen o releven cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a las Instituciones arriba mencionadas.

Hago constar que las declaraciones en esta solicitud son completas y veraces, que no he ocultado detalles relacionados con mi estado de salud y convengo que su fuere aceptado por el **Instituto de Previsión Militar** y presentarme yo ó mis beneficiarios, alguna reclamación en relación con los beneficios de la póliza del Régimen al que pertenezco, antes de un año de vigencia se certifica y se demostrase que mis declaraciones no fueses veraces y completas que oculten detalles relacionados con mi estado de salud. el **Instituto** se reserva el derecho de negar cualquier trámite ó solicitud de beneficios, según lo establecen los artículos No. 31 y 36 de la ley de Previsión Militar mismo que quedará nulo automáticamente desde su emisión y yo o mis beneficiarios solo tendremos derecho únicamente a reclamar la devolución de las cotizaciones mas sus intereses, cuando corresponda.

PARA USO EXCLUSIVO DEL IPM
OBSERVACIONES

OBSERVACIONES	
CLASIFICACIÓN MÉDICA	CLASIFICACIÓN TÉCNICA

Firma Médica Unidad/Dirección/IPM

No. Colegio Médico _____

PARA USO EXCLUSIVO AFILIADO

En fe de lo cual se firma la presente en _____ a los ____ días del mes de _____ del _____

Firma y Huella del Afiliado

Firma Depto. de Registro y Afiliación

NOTA: LA VALIDEZ DE ESTA DECLARACIÓN ES DE 2 AÑOS

RESTRINGIDA



RESTRINGIDA

INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR
FORMULARIO CONOZCA SU CLIENTE:

Clave de Afiliación: _____

Datos Generales

Nombre Completo: _____ Sexo: F ____ M ____
Identidad No. _____ RTN: _____
Nacionalidad: _____
Propósito de la cuenta: _____
Beneficiario final: _____ Depende económicamente de alguien: SI ____ NO ____
Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Profesión: _____ Grado: _____
Estado Civil: Soltero: ____ Casado: ____ Viudo: ____ Divorciado: ____ Unión Libre: ____
Nombre de la Esposa(o) /Pareja: _____ No. de Identidad: _____
Fecha de nacimiento _____ Nacionalidad: _____
Profesión: _____ Teléfono: _____

Dirección

Dirección: _____ Ciudad: _____
Referencia del Domicilio: _____
Teléfono Casa: _____ No. de Cel: _____ Correo Electronico: _____

Referencias

Referencia Bancaria: _____ Tipo de Cuenta: _____
Referencia Personal: _____ No. de teléfono _____

Información de la Distribución de Ingresos

Lugar de trabajo y/o Negocio Propio: _____
Tiempo de Laborar: _____
Sueldo: L. _____ Monto mensual o estimado que entrará a la cuenta: L. _____
Actividad económico: _____
Ingresos por negocio Propio: L. _____
Otros Ingresos: L. _____ Explique: _____
Ha desempeñado o desempeña un Cargo Público/Persona Políticamente expuesta: Si ____ No: ____
• **si su respuesta es "Si", favor llenar el apartado 1.**
Tiene alguna relación con una figura pública o políticamente expuesta: Si ____ No: ____
• **si su respuesta es "Si", favor llenar el apartado 2.**

Apartado 1: Debida Diligencia Clientes PEP

Nombre del Cargo Público que desempeña o desempeñó: _____
Período: _____
Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____
Nombre y Edad de Hijos:
1. _____

Apartado 2: Debida Diligencia Clientes Relacionados con PEP

Pariente: _____ Asociado: _____ Tipo de Parentesco/Asociación: _____
Nombre Completo de la Figura Pública: _____

Observaciones

Declaración final

Fecha: _____

Firma Cliente: _____

Declaro que lo manifestado en este formulario es verdadero

Doc001-LAFT/IPM/

RESTRINGIDA

Muestra



INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR
REGIMEN DE RIESGOS ESPECIALES
División de Administración

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras. C.A.

Apartado Postal No. 885
Teléfonos: 2239-1441

OFICIO NO. 1144/ADM.

M E M O R A N D O

ASUNTO : TRANSFERENCIA

A L : SEÑOR
SUB- GERENTE TÉCNICO FINANCIERO E INVERSIONES DEL
INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR
CORONEL DE DEFENSA AÉREA DEMA
DON **OTTO FABRICIO MEJIA HERCULES**
SU OFICINA

D E L : JEFE DE LA DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN
DEL INSTITUTO DE PREVISION MILITAR
TTE CORONEL DE ARTILLERIA D.E.M.
SUCELY MARIA MIRANDA ARITA
SU OFICINA

F E C H A : 24 de octubre de 2023

Acreditar la siguiente cantidad, **(L. 7,680.00) SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA LEMPIRAS CON 00/100**, a favor de: **IMPRENTA SE-RO/MOISES ROBERTO SERVELLÓN LORENZANA**, con número de **RTN-08011962069276**, en concepto de pago de factura número 000-001-01-00001657, por servicio de elaboración de empastado de documentos de Planillas de Pago de Pensiones. Se adjunta factura y demás documentos respectivos.

Valor Facturado	L. 8,832.00
Valor Retenido ISV 15%	L. 1,152.00
Valor a Pagar	L. 7,680.00

DEPOSITAR A LA CUENTA No. 21-101-123102-5 BANCO CUSCATLAN
DEBITAR DE LA CUENTA No. 01-326-000023-1 BANPAIS

Control Interno

Gerencia/Sub-Gerencia/Finanzas

Cc. Archivo/JH

INSTITUTO DE PREVISION MILITAR
25 OCT 2023
CARGADO EN PLATAFORMA
FIRMA: <i>mauricio</i>



Instituto de Previsión Militar (IPM)

Colonia Luis Landa Bvl, Centroamérica
contiguo a INPREMA Tegucigalpa .M.D.C, Honduras

E-mail: mezam@grupoipm.hn

Tels: (504) 2239-1441 , Cel: (504) 9875-9015

R.T.N: 08019003238214

COMPROBANTE DE RETENCIÓN

CAI: 6140DB-A8B997-0C4796-23D960-F44CDA-B4

Rango Autorizado: 000-002-05-00002051 al 000-002-05-00003300

Fecha Limite de Emisión: 10/11/2023

Nº 000-002-05-00002725

Fecha 24 de 10 del 20 23

R.T.N 08011962069276

Sr.(a): Imprenta Se-Ro

del Comprobante Fiscal: 000-001-01-00001657

CAI del Comprobante: D2F5C2-401039-9344A9-A8970A-57FB53-9E

Fecha de Emisión del Comprobante : 13 de octubre de 2023

No.	DESCRIPCIÓN DEL IMPUESTO RETENIDO	BASE DISPONIBLE	% DE RETENCIÓN	IMPORTE TOTAL RETENIDO
1	Retención del I.S.V. por compra de empaquetado de libros.	7,680.00	15%	1,152.00

Total en Letras: un mil ciento cincuenta y dos con 00/100. Lempiras

TOTAL L.1152.00

Original: Cliente Copia 1: Obligado Tributario Emisor Copia 2: Contabilidad

Firma: [Signature]

INPREPLUS CERTIFICADO No. 9231-21-10500-739L: (604) 3291-5349, R.T.N. 07031863003639



IMPRENTA SE-RO

Tegucigalpa, M.D.C., 13 de Octubre del 2023. **RECIBO LPS.** 8,832.00

RECIBIMOS DE: Instituto de Prevision Militar.

LA CANTIDAD DE: Ocho mil ochocientos treinta y dos lps exactos.

POR CONCEPTO: Elaboración de 24 empastado de libros con fabricuoy negro estampado en letras doradas costurado T/ legal.

ORDEN DE COMPRA N° 059/2023 DE FECHA 12 Septiembre 2023.

FACTURA N° 000-001-01-00001657 DE FECHA 13 Octubre 2023.

IDENTIDAD N° 0801196206927

R.T.N. 08011962069276



ROBERTO SERVELLON
POR LITOGRAFIA SE-RO

Recibido Por



DIVISION DE ADMINISTRACION

RTN: 08019003238214

IMPRESA SE-RO

Fecha: 12/9/2023

COL. CERRO GRANDE ZONA-4, CALLE ATRÁS DE HONDUTEL 8 CUADRAS HACIA ABAJO, CASA DE
ESQUINA, CALLE DE RETORNO, BLOQUE 41-A No. 7

2224-3701

08011962069276

NOTA: EL IPM, LE INFORMA QUE LAS FACTURAS DEBEN SER ENTREGADAS EN NUESTRAS OFICINAS A MAS TARDAR LOS SIGUIENTES DOS (2) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE SER EMITIDAS LAS MISMAS Y LOS ÚLTIMOS CINCO (5) DÍAS DEL MES DEBEN SER ENTREGADAS ESE MISMO DÍA: EL IPM NO ACEPTARÁ FACTURAS FUERA DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS.

TTE CORONEL DE ARTILLERÍA DEM

SUCELY MARIA MIRANDA ARITA

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN



Moises

hoy a la(s) 13:37



IMPRENTE SE-RO

Col. Cero Grande Zona-4, calle atrás de Hondutel 8 cuadras hacia abajo, casa de esquina, Calle de retorno, bloque 41-A No. 7. Tel: 2224-3701 E-mail: litogsero@hotmail.com

RTN: 08011962069276

COTIZACION

Tegucigalpa M.D.C. 11 De Septiembre del 2023

Señores: Instituto de Prevision Militar

[illegible]

Nuestro Lema: "Calidad y Promptitud"

Roberta Schiavella
Firma



Alpha Print
COMMERCIAL • INDUSTRIAL • RESIDENTIAL

¡Gracias por su preferencia!



Instituto de Previsión Militar

Régimen de Riesgos Especiales

División de Administración

Tegucigalpa, MDC., Honduras C.A.

Handwritten signature

FECHA:

24/8/23.

PROCEDENCIA:

División de Beneficios

INSTRUCCIONES:

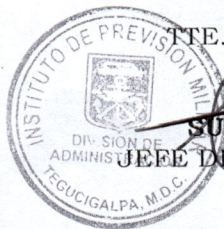
24-08-23

DIC

Proceder Concor...



URGENTE



TE. CORONEL DE ARTILLERÍA DEM

SUCELY MARIA MIRANDA ARITA

JEFE DE LA DIVISION DE ADMINISTRACION

EHO-3024

DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN

24 AGO 2023

FIRMA:

HORA:

2:38



INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITAR
REGIMEN DE RIESGOS ESPECIALES
Gerencia

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras C.A.

NO. REGISTRO

FECHA: 31 DE JULIO DE 2023

7066

PROCEDENCIA: BENEFICIOS

INSTRUCCIONES:

PROCEDER CONFORME A LO SOLICITADO.-: ADMINISTRACIÓN, BENEFICIOS



URGENTE

CORONEL DE SEG. DE INST. D.E.M.A Y MBA

ALFREDO FABRICIO ERAZO PUERTO

GERENTE

FAHO-2065

INSTITUTO DE PREVISIÓN MILITARIA

GERENCIA

31 DE JULIO DE 2023

FIRMA: ITALIA

HORA: 14:32



Instituto de Previsión Militar

RÉGIMEN DE RIESGOS ESPECIALES
DIVISION DE BENEFICIOS
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES ECONOMICAS



REGISTRO: IPM-D.B.
EXPEDIENTE No. 689-07

31 de julio de 2023

ASUNTO: **SOLICITUD**

A L: SEÑOR
GERENTE DEL INSTITUTO DE PREVISION MILITAR
CORONEL (R), LICENCIADO Y MBA
DON **ALFREDO FABRICIO ERAZO PUERTO**
SU OFICINA.

1. Por este medio respetuosamente, nos dirigimos a su Superioridad a fin solicitarle de no mediar inconveniente alguno, autorice a quien corresponda el empastado de las siguientes Planillas de Pago de Pensiones:

TOMOS DISTRIBUIDOS ASI:

- a. 24 Tomos de planillas de pago de Pensiones correspondiente a los siguientes meses:
 - Planilla de Pago de Enero a Diciembre 2022
 - Planilla de Pago de Décimo Cuarto mes 2022
 - Planilla de Pago Décimo Tercer mes del año 2022
 - Planilla de Revalorización 2022
 - Planilla de Pago de Enero a Julio 2023
 - Planilla de Pago Décimo Cuarto mes 2023
 - Planilla de Revalorización 2023

2. Sin otro particular nos suscribimos de Usted con nuestras más altas muestras de subordinación y respeto.

HONOR

LEALTAD

SACRIFICIO

TTE. CORONEL DE INFANTERIA D.E.M.
DOCTOR EN DIRECCIÓN EMPRESARIAL

ANGEL EMILIO CASTILLO AGUIRIANO
JEFE DIVISION DE BENEFICIOS
EHO-2884

CORONEL DE ADMON. D.E.M. Y MAE

ROGER EMILET COELLO DEL CID
SUB GERENTE TECNICO DE OPERACIONES
Y BIENESTAR SOCIAL
EHO-2607

Sohamy Vihaney Turcios Mejía

De: Sohamy Vihaney Turcios Mejía
Enviado el: lunes 31 de julio de 2023 14:32
Para: Italia Rota
CC: Angel Emilio Castillo Aguiriano; Jose Ruben Agüero Avila; Linda I. Rivera; 'Emerson Banegas'; Marcia Paola Gallegos Figueroa (gallegosm@grupoipm.hn); Paula Xiomara Martinez Juarez
Asunto: Empastado de Planillas de Pagos Pensiones
Datos adjuntos: SOLICITUD DE EMPASTADO.pdf

Buenas tardes Italia

Con instrucciones del Teniente Coronel Angel Emilio Castillo Aguiriano, Jefe de la División de Beneficios, **Solicitud de Empastado de Planillas de Pagos Pensiones.**

Sin nada más que agregar.



Sohamy Vihaney Turcios
Auxiliar de Pago de Pensiones
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
2239-1441/EXT. 1519
turcioss@grupoipm.hn