

MEMORANDUM

Control de Bienes Nacionales 027-2018

Para: *Licda. Dilia J. Martínez*
Oficial de Información Pública

De: *Cristhian Leonel Pérez*
Encargado de Bienes Nacionales



Fecha: *10 de Septiembre de 2018*

Asunto: *Lo descrito*

Adjunto se remite informe solicitado referente a las compras realizadas durante el mes de Julio 2018.

Sin otro particular


Atentamente,

Cc. Archivo

GERENCIA ADMINISTRATIVA
CUADRO DE COMPRAS REALIZADAS EN EL MES DE JULIO 2018

No	Descripcion	Proveedor	Mes	Observacion	Monto Lps	Honducompras
1	Valor a pagar por la compra de una memoria Ram para uso de la Unidad de Bienes Nacionales	Computadoras y Servicios	Julio	Orden de compra 0038-2018	747.50	Ver enlace
2	Valor a pagar por la compra de un Disco Duro para la unidad de Bienes Nacionales	Diler de Honduras	Julio	Orden de compra 0039-2018	1,316.69	Ver enlace
Total					2,064.19	

Elaborado por :


 Cristhian Leonel Perez Quiroz
 Encargado de Bienes Nacionales




 Lic. Cesar A Trejo Suazo
 Administrador

MEMORANDUM

Control de Bienes Nacionales 012-2018

Para: *Lic. Cesar Trejo*
Administrador

De: *Cristhian Leonel Pérez*
Encargado de Bienes Nacionales



Fecha: *11 de Mayo de 2018*

Asunto: *Lo descrito*

Por este medio se solicita aprobación para proceder a realizar las acciones necesarias para poder realizar la reparación del CPU de la PC asignada a esta unidad de Bienes Nacionales ya que desde hace casi tres meses se dañó debido a un problema eléctrico ocasionado por el generador de energía del edificio y durante todo este tiempo no tengo ninguna asignación de equipo de cómputo; asimismo le solicito de la manera más atenta que por favor pueda girar instrucciones a quien corresponde para que se me pueda entregar una copia del presupuesto disponible para realizar las compras que competen a esta unidad, ya que se ha solicitado muchas veces de manera verbal ya hace casi un mes y no se me ha brindado, y es de más mencionar que se necesita conocer la disponibilidad presupuestaria para realizar las compras de insumos de oficina y otros que realiza la unidad de Bienes Nacionales.

Sin otro particular

Atentamente,

Cc. Archivo


11/05/2018



COMPUTADORAS Y SERVICIOS S. de R.L de CV

CASA MATRIZ
4 AVE. 10 Y 11 CALLE, N.O. BARRIO LAS ACACIAS
SAN PEDRO SULA HONDURAS
Tel.: 25614004/4007

SUCURSAL
AVENIDA CIRCUNVALACION 8 CALLE S.O. PLAZA LIVERP
SAN PEDRO SULA HONDURAS
Tel.: 2544-1201

FACTURA CREDITO
ORIGINAL - CLIENTE

Fecha : 11/07/2018
Hora : 12:45:11

Factura N 003-001-01-00010503

compuser@corporacionoliva,hn
R.T.N 05019003075248

Fecha Limite de Autorizacion: 07/07/19
CAI: B648AE-23891E-5A42B4-DA2CAA-38C790-42
Rango Autorizado:
Desde: 003-001-01- 00010501
Hasta: 003-001-01- 00013300
Vendedor: MARIELA PONCE

RTN : 08019011436102
COMISION PARA EL CONTROL DE INUNDACIONES DEL VALLE DE SULA
BARRIO EL BENQUE, 8AVE. 7 Y 8 CALLE S.O #207 SAN PEDRO SULA

Qty	Item Interno	Producto	BF	BR	Gar./Dias	Valor Uni.	Total
1	M2GB800	MEMORIA NANYA/HYNIX 2GB DDR2 800 MHZ	13	13	365 L.	650.00 L.	650.00
U.L.							



Orden de compra exenta #

Observacion:

ORDEN DE COMPRA 0038

Constancia de Reg. de Exonerados #

Registro SAG #

Políticas de Venta

El Cliente debe revisar su producto al ser entregado por COMPUTADORAS Y SERVICIOS S. de R.L de CV. Las Garantías de Artículos que distribuimos están delimitadas a las disposiciones que el fabricante dicta. Ningún producto que presente señales de mala manipulación está sometido a garantía. La empresa no se hace responsable por la existencia de producto facturado y pagado que no ha sido reclamado. Pasados 60 días calendario de la fecha de facturación sin retirar el producto la empresa queda liberada de todo compromiso y obligación de devolución del dinero y entrega del producto. Cada devolución o cambio genera un gasto administrativo de 5% sobre el valor de la factura. Tendrán un plazo de 1 día para hacer algún tipo de cambio o devolución. En caso de existir una devolución de producto se generará una nota de crédito la cual puede ser aplicable dentro de 30 días, pasados 30 días no habrá devolución de ISV. Por cada Cheque devuelto habrá un recargo de Lps. 250.00 + gastos bancarios y Administrativos. El Importe de esta Factura devenga el 2.0% mensual a partir de la fecha de vencimiento y en cualquier otro gasto en que incurra nuestra empresa para recuperar importes de facturas vencidas, son aceptadas y pagadas por el cliente para la compra de partes electronicas es necesario presentar equipo para prueba, no se aceptara cambio ni devolucion.

SubTotal	L.	650.00
Descuento	L.	0.00
Importe Exento	L.	0.00
Importe I.S.V 15%	L.	650.00
ISV 15%	L.	97.50
Total	L.	747.50

Son:

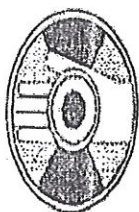
Setecientos Cuarenta Y Siete Lps. Con 50/100

Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

Copia: Contabilidad

Cotizacion #: 00000000



COMPUSER

COMPUTADORAS Y SERVICIOS

COTIZACION

Nombre: Comision Valle de Sula

Tel:

Atencion: Cristhian

email:

Direccion:

Fecha: 05/07/2018 14:58

CANT.	DESCRIPCION	UNITARIO	TOTAL
1	MEMORIA NANYA/HYNIX 2GB DDR2 800 MHZ	L. 650.00	L. 650.00

*****UL*****

SUB-TOTAL		L. 650.00
Descuento		
Impuesto		L. 97.50
GRAN TOTAL		L. 747.50

Mariela Ponce
Ejecutiva de Sala

COTIZACION VALIDA 5 DIAS HABILES

COMPUSER
TEL.2544-1201
CEL.96384514 / 87591597

Nota: Solo este proveedor pudo ofrecernos este tipo de frecuencia en memoria DDR2, se busco en otros proveedores y no la tienen (Diker de Honduras, Acosa Sycom).



República de Honduras

Impreso por: NCABALLERO7

PROD

EJECUCION DE GASTOS

F- 01

Gestión: 2018

R_EGA_F01F07

10/09/2018 09:04:42

Página 1 de 2

Lugar: San Pedro Sula	Fecha Elaboración: 13/07/2018	DOCUMENTOS DE:	
Institución: 0120 Secretaría de Infraestructura y Servicios Públicos		Precompromiso	00234
Gerencia Administrativa: 008 GERENCIA OPERATIVA DE LA CCIVS		Compromiso	01
Unidad Ejecutora: 038 GERENCIA ADMINISTRATIVA DE LA CCIVS		Devengado	01
		Secuencia	00
		Operaciones Contables	

REGISTRO DE: Precompromiso Compromiso Devengado Regularización

BENEFICIARIOS:

Nombre o Razón Social	Tipo y No de Documento		Banco y Cuenta		Importe
	Tipo	Documento	Código	Cuenta	
COMPUTADORAS Y SERVICIOS S DE RL DE CV	RTN	05019003075248	00008	01-299-000314-4	650.00

DOCUMENTOS DE RESPALDO

Tipo de documento FACT	FACTURA	003-001-01-	Secuencia	No.Doc F01 Origen
	Denominación	00010503		
		Número de Documento		
	13/07/2018	16/07/18		Fecha Firma origen
	Fecha de Recepción	Fecha de Vencimiento	Proceso de Compra	No

CLASE DE GASTO:

Servicios Personales	<input type="checkbox"/>	Bienes de uso	<input type="checkbox"/>	Transferencias	<input type="checkbox"/>
Servicios Profesionales y Técnicos	<input type="checkbox"/>	Construcciones	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Bienes y Servicios	<input checked="" type="checkbox"/>	Deuda Pública	<input type="checkbox"/>	Pasajes y Viaticos	<input type="checkbox"/>

OPERACIONES CONTABLES : Anticipos Deuda Pública Devoluciones Otros

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: 11 Tesoro Nacional

SIGADE TRAMO:

ORGANISMO FINANCIADOR: 1 Tesorería General de la República - Efectivo

BIP: TIPO:

CONVENIO:

IMPUTACION							DESCRIPCION	IMPORTE MONEDA NACIONAL	IMPORTE MONEDA EXTRANJERA	Dif. Camb.
PRO	SUB	PROY	ACT OBRA	OBJ GTO	BEN TRAN	CUENTA CONTABLE				
22	00	000	001	23350	0000		Mantenimiento y Reparación de Equipo para Computación	747.50	0.00	0.00

SON: SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE 50/100

TOTAL AFECTADO	747.50	0.00	0.00
TOTAL DEDUCCIONES	0.00	0.00	0.00
TOTAL RETENCIONES	97.50	0.00	0.00
MONTO A PAGAR	650.00	0.00	0.00

RESUMEN DE LA OPERACION
PAGO DE FACTURA # 003-001-01-00010503 POR COMPRA DE MEMORIA NANYA/HYNIX 2 GB DDR2 800 MHZ, SEGUN A/P # 092-CONT

CUENTAS BANCARIAS	TGR-CUENTA UNICA EN MONEDA NACIONAL
Código Banco: 1	Nombre
Cuenta Origen/CUT	11101010006181
Libreta	Número de Cuenta
	01200081102
	Número de Libreta
CUENTA / LIBRETA	COMISION VALLE DE SULA/FONDOS NACIONALES

MONEDA:

Código: HNL Descripción LEMPIRAS

Verificado por: GHERNANDEZ11
GLORIA SUYAPA HERNANDEZ BACA

Aprobado por: NCABALLERO7
NOLVIA MARGARITA CABALLERO ALVARADO

Firmado por: CTREJO6
CESAR AUGUSTO TREJO SUAZO

Fecha y hora: 13/07/2018 16:03:39

Fecha y hora: 13/07/2018 16:06:06

Fecha y hora: 13/07/2018 16:19:01

MEMORANDUM

Control de Bienes Nacionales 012-2018

Para: Lic. Cesar Trejo
Administrador

De: Cristhian Leonel Pérez
Encargado de Bienes Nacionales



Fecha: 11 de Mayo de 2018

Asunto: Lo descrito

Por este medio se solicita aprobación para proceder a realizar las acciones necesarias para poder realizar la reparación del CPU de la PC asignada a esta unidad de Bienes Nacionales ya que desde hace casi tres meses se dañó debido a un problema eléctrico ocasionado por el generador de energía del edificio y durante todo este tiempo no tengo ninguna asignación de equipo de cómputo; asimismo le solicito de la manera más atenta que por favor pueda girar instrucciones a quien corresponde para que se me pueda entregar una copia del presupuesto disponible para realizar las compras que competen a esta unidad, ya que se ha solicitado muchas veces de manera verbal ya hace casi un mes y no se me ha brindado, y es de más mencionar que se necesita conocer la disponibilidad presupuestaria para realizar las compras de insumos de oficina y otros que realiza la unidad de Bienes Nacionales.

Sin otro particular

Atentamente,

Cc. Archivo


11/05/2018



DILER DE HONDURAS, S DE R.L

VENTA DE SUMINISTROS DE OFICINA Y ACCESORIOS DE COMPUTADORA
EQUIPO PANASONIC/SAMSUNG Y MUEBLES DE OFICINA
Bo. Paz Barahona 13 Calle 5 ave S.O San Pedro Sula Honduras Centro America
P.B.X (504) 552-2344 E-mail evelyn_pineda@dilerhonduras.com
RTN 05019995149572

COTIZACION

Sres C.C.I.V.S Num.: 1334106
Atencion B\$ EL BENQUE 8 AVE ENTRE 7 Y 8 CLL S.O Fecha 29/06/2018

Vendedor MIGUEL-NORIS

Codigo	Descripcion	Unidad	Cantidad	Precio.	Valor.
DD320 LAP 2.7	Disco Duro 2.5" 320GB Hitachi GST 7200RPM 0126003	C/U	L. 1.00	L. 1,144.95	L. 1,144.95
					Subtotal L. 1,144.95
					Impuesto L. 171.74
					Neto L. 1,316.69

Nota:

Se realiza Compra Mediante consulta a la Lic. Kenia Herrera Departamento mesa de Ayuda ONCAE ya que el catalogo electronico no ofrece el producto que se necesita de acuerdo a los requerimientos para el que se necesita.



DILER DE HONDURAS, S. de R.L.
 Venta de Suministros de Oficina y Accesorios de Computadora
 Equipo Panasonic (Copiadoras, Teléfonos, Fax, Impresoras)
 y muebles de oficina.

email:claudia_gomez@dilerhonduras.com

SAN PEDRO SULA
 BARRIO PAZ BARAHONA, 13 CALLE 5 AVE. S. O. PBX.: 2552-2344
 E-mail: dilerps@dilerhonduras.com
 LA CEIBA
 AVE SAN ISIDRO, 10-11 CALLE FTE A LA ESCUELA PARROCQUIAL SAN ISIDRO
 TELS: 2440-0629, 2440-0679, 2440-0687 - email:venecabaz@dilerhonduras.com

C.A.I.: 8D16B1-1426AD-0A4492-BC36AC-C787A3-DF

NOMBRE: **C.C.I.V.S**
 R.T.N.: **05019011436102**
 DIRECCION: **B5 EL BENQUE 8 AVE ENTRE 7 Y 8 CLL S.O**

FACTURA No. 000-001-01-00046434

R.T.N.: 05019995149572

VENDEDOR	AL VENCIMIENTO SE COBRARAN	100046434
1050101449	INTERESES AL % MENSUAL	
4A MIGUEL NORIS		
ORDEN No. 30	FECHA DE EMISION	CONDICIONES
8:41:50	19 / 07 / 2018	Credito

RANGO AUTORIZADO: 000-001-01-00038001 AL 000-001-01-00048000

CANTIDAD	UNIDAD	CODIGO ARTICULO	PRECIO	DESCRIPCION	15% I.S.V.	TOTAL
1.00	C/U	DD320	1,144.95	DISCO DURO 2.5" 320GB HITACHI GST 7200RPM /		1,144.95
OBSERVACIONES:						
UN MIL TRESCIENTOS DIECISEIS MIL CINCO CIENTOS Y CINCUENTA COLONES						
FACTURADO POR					REVISADO POR	
ANAB				VENTA GRAVADA		1,144.95
VENTA EXENJA						171.74
SUB-TOTAL					L	1,316.69
15% I.S.V.					L	171.74
TOTAL					L	1,316.69

UN MIL TRESCIENTOS DIECISEIS MIL CINCO CIENTOS Y CINCUENTA COLONES

AGCEPTADA SIN PROTESTO

FECHA: 19 / 07 / 2018

LETRA No.: 1,316.69

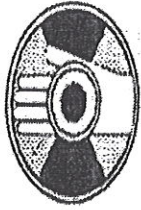
FECHA EMISION: 2018/08/18

SE SERVIRA UD. PAGAR POR ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE A UN MIL TRESCIENTOS DIECISEIS LPS. Y 69/100 CTVS.

FIRMA DEUDOR: CCIVS

FIRMA: ORIGINAL - CLIENTE

- a) El importe de esta factura devengará el 2.5% mensual a partir de la fecha de vencimiento.
- b) No se admiten devoluciones después de 30 días.
- c) Por las devoluciones aceptadas no se reconocerá el I.S.V. pagado al fisco.
- d) Esta factura se considera pagada con el recibo de caja respectivo.
- e) Una vez que la mercadería sale de nuestra bodega, viajar por cuenta y riesgo del comprador.



COMPUSER

COMPUTADORAS Y SERVICIOS

COTIZACION

Nombre: Comision Valle de Sula
 Tel:
 Atencion: Cristhian
 email:
 Direccion:
 Fecha: 05/07/2018 16:05

CANT.	DESCRIPCION	UNITARIO	TOTAL
1	DISCO DURO TOSHIBA 500GB SATA 7200RPM	L. 1,395.00	L. 1,395.00
1	DISCO DURO NOTEBOOK TOSHIBA 500GB 2.5 SATA 5400RPM	L. 1,395.00	L. 1,395.00
*****UL*****			
SUB-TOTAL			L. 2,790.00

Descuento
 Impuesto L. 418.50

GRAN TOTAL L. 3,208.50

Mariela Ponce
 Ejecutiva de Sala

COTIZACION VALIDA 5 DIAS HABILES

COMPUSER
 TEL.2544-1201
 CEL.96384514 / 87591597



República de Honduras

Impreso por: NCABALLERO7

PROD

EJECUCION DE GASTOS

F- 01

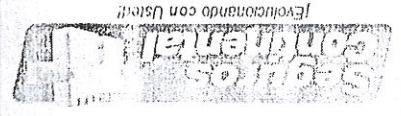
Gestión: 2018

R_EGA_F01F07

10/09/2018 09:05:48

Página 1 de 2

Lugar: San Pedro Sula Fecha Elaboración: 08/08/2018		DOCUMENTOS DE:								
Institución: 0120 Secretaría de Infraestructura y Servicios Públicos	Gerencia Administrativa: 008 GERENCIA OPERATIVA DE LA CCIVS	Precompromiso 00256	Compromiso 01							
Unidad Ejecutora: 038 GERENCIA ADMINISTRATIVA DE LA CCIVS		Devengado 01	Secuencia 00							
REGISTRO DE: Precompromiso <input checked="" type="checkbox"/> Compromiso <input checked="" type="checkbox"/> Devengado <input checked="" type="checkbox"/> Regularización <input type="checkbox"/>										
BENEFICIARIOS:										
Nombre o Razón Social		Tipo y No de Documento								
DILER DE HONDURAS S DE R L		RTN 05019995149572 00006								
		Banco y Cuenta								
		2010895629 1,144.95								
DOCUMENTOS DE RESPALDO										
Tipo de documento FACT FACTURA		000-001-01-00046434 Secuencia No.Doc F01 Origen								
Denominación		Número de Documento								
08/08/2018 10/08/18		Fecha Firma origen								
Fecha de Recepción		Fecha de Vencimiento Proceso de Compra No								
CLASE DE GASTO:										
Servicios Personales <input type="checkbox"/>		Bienes de uso <input type="checkbox"/>								
Servicios Profesionales y Técnicos <input type="checkbox"/>		Construcciones <input type="checkbox"/>								
Bienes y Servicios <input checked="" type="checkbox"/>		Deuda Pública <input type="checkbox"/>								
		Transferencias <input type="checkbox"/>								
		Otros <input type="checkbox"/>								
		Pasajes y Viaticos <input type="checkbox"/>								
OPERACIONES CONTABLES : Anticipos <input type="checkbox"/> Deuda Pública <input type="checkbox"/> Devoluciones <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>										
FUENTE DE FINANCIAMIENTO: 11 Tesoro Nacional		SIGADE								
Denominación		TRAMO:								
ORGANISMO FINANCIADOR: 1 Tesorería General de la República - Efectivo		BIP:								
Denominación		TIPO:								
		CONVENIO:								
IMPUTACION										
PRO	SUB	PROY	ACT OBRA	OBJ GTO	BEN TRAN	CUENTA CONTABLE	DESCRIPCION	IMPORTE MONEDA NACIONAL	IMPORTE MONEDA EXTRANJERA	Dif. Camb.
22	00	000	001	23350	0000		Mantenimiento y Reparación de Equipo para Computación	1,316.69	0.00	0.00
SON: UN MIL TRESCIENTOS DIECISÉIS 69/100							TOTAL AFECTADO		1,316.69 0.00 0.00	
							TOTAL DEDUCCIONES		0.00 0.00 0.00	
							TOTAL RETENCIONES		171.74 0.00 0.00	
							MONTO A PAGAR		1,144.95 0.00 0.00	
RESUMEN DE LA OPERACION PAGO DE FACTURA # 000-001-01-00046434 POR COMPRA DE UN (1) DISCO DURO2.5" 320 GB HITACHI GST 7200RPM PARA COMPUTADORA USO DEL ENCARGADO DE BIENES, SEGUN A/P # 099-COT							CUENTAS BANCARIAS			
							Código Banco: 1		TGR-CUENTA UNICA EN MONEDA NACIONAL	
							Cuenta Origen/CUT		Nombre	
							Libreta		11101010006181	
							CUENTA / LIBRETA		Número de Cuenta	
									01200081102	
									Número de Libreta	
									COMISION VALLE DE SULAFONDOS NACIONALES	
MONEDA:										
Código: HNL Descripción LEMPIRAS										
Verificado por: GHERNANDEZ11 GLORIA SUYAPA HERNANDEZ BACA			Aprobado por: NCABALLERO7 NOLVIA MARGARITA CABALLERO ALVARADO			Firmado por: CTREJO6 CESAR AUGUSTO TREJO SUAZO				
Fecha y hora: 08/08/2018 13:41:40			Fecha y hora: 08/08/2018 14:14:44			Fecha y hora: 08/08/2018 14:56:55				



SOLICITUD PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

1		Primer Apellido	Bootsia		Segundo Apellido	ucler		Nombre	Osmin Elgido		Apellido de Casada	
2		Lugar de Nacimiento	yoro		Fecha de Nacimiento	Dia 01 Mes 12 Año 53 64		Edad	Hondureña		Nacionalidad	
3		Numero de Identificación	1801195300534		Tarjeta de Identificación	<input checked="" type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>		Tipo de Identificación	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Sexo	
4		Fuente de Ingresos:	gestor profesional		Ingreso aprox. Mensual Lps.	75,000		Estado Civil	S <input type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge (si aplica)	maria de Jesus Estrella Guzmán
5		Dirección completa de residencia	Cel. Alamos, 213 Calle #3 avenida, casa #81		Teléfonos	Residencia: 25515149 Celular: 99928689		Nombre del Negocio (si aplica)	Gestor Profesional		Telefono	99928689
6		Profesión, Ocupación u Oficio	Ing. H.S. Civil		Correo Electrónico	bootsia@osminelgido.com		Nombre del Negocio (si aplica)	Gestor Profesional		Telefono	99928689
7		Giro de Actividad Económica del Negocio	Seguros y Construcción		Dirección:	Calle #15, San Pedro Sula, Honduras		Nombre del Negocio (si aplica)	bootsia@osminelgido.com		Telefono	99928689
8		Nombre de la empresa donde trabaja	Constuctor Bootsia y Asociados		Posición o Cargo que desempeña	Gerente		Nombre del Negocio (si aplica)	bootsia@osminelgido.com		Telefono	99928689
9		Dirección completa de la empresa donde labora	Calle #15, San Pedro Sula, Honduras		Teléfono del trabajo	25515132		Correo Electrónico	bootsia@osminelgido.com		Sitio Web	bootsia@osminelgido.com
10		Mantengo Pólizas con esta u otra (s) Aseguradora (s)? (especificar: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada):	NO									
11		Beneficiarios: (Anotar nombre completo, en letra molde):										
12		No.	Nombre	Identidad	Dirección	Parentesco	Porcentaje					
13		Razón o Denominación Social	Nombre Comercial	RTN (Adjuntar Fotocopia)								
14		Información Personal del Representante legal o Contratante										
15		Nombre completo, (como aparece en el documento de identidad):	Identidad	Tipo de Identificación								
16		Sexo	Estado Civil	Nacionalidad	Dirección de Residencia	Telefono						
17		Dirección completa del contratante	Correo Electrónico									
18		RIESGOS A CUBRIR	SUMA ASEGURADA	PRIMA ANUAL								
		I. MUERTE ACCIDENTAL										
		II. DESMEMBRAMIENTO O PERDIDA DE LA VISTA										
		III. INCAPACIDAD ACCIDENTAL										
		IV. GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE										
		V. COBERTURA DE ACCIDENTES DE AVIACION										
		VI. COBERTURA AMPLIA DE VUELO										
		TOTAL SUMA ASEGURADA										

SOLICITUD PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

1		Primer Apellido	Lobo		Segundo Apellido	Torres		Nombre	Harry		Apellido de Casada	
2		Lugar de Nacimiento	San Pedro Sula, Cortes		Fecha de Nacimiento	Dia 26 Mes 02 Año 1982		Edad	36		Nacionalidad	Hondureño
3		Número de Identificación	0501198202070		Tarjeta de Identidad	<input checked="" type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>		Tipo de Identificación	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Sexo	
4		Fuente de Ingresos:			Ingreso aprox. Mensual Lps.	L. 30,000.00		Estado Civil	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> L		Nombre completo del cónyuge (si aplica)	Fanny Maricela Ros Martinez
5		Dirección completa de residencia	Colonia Festivinh Tia Ave. 2da calle #28b		Teléfonos	Residencia: Celular: 99999333		Nombre del Negocio (si aplica)	Ingenieria Civil		Correo Electrónico	hajt28@hotmail.com
6		Profesión, Ocupación u Oficio	Ingeniero Civil		Correo Electrónico	hajt28@hotmail.com		Nombre del Negocio (si aplica)	Ingenieria Civil		Teléfono	
7		Giro o Actividad Económica del Negocio			Dirección:			Nombre del Negocio (si aplica)	Ingenieria Civil		Correo Electrónico	
8		Nombre de la empresa donde trabaja	Comisión Valle de Sula		Posición o Cargo que desempeña	Coordinador Proyectos		Tiempo de Laborar	6 años		Nombre de la empresa donde labora	3 y 8 calle, Barrio El Benque
9		Dirección completa de la empresa donde labora			Teléfono de trabajo	25579313		Fax No.			Correo Electrónico	
10		Mantiene Pólizas con esta u otra (s) Aseguradora (s)? (especificue: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada).	No		Mantiene Pólizas con esta u otra (s) Aseguradora (s)? (especificue: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada).			Nombre del Negocio (si aplica)			Sitio Web	
11		Beneficiarios: (Anotar nombre completo, en letra molde).			Nombre	Fanny Maricela Ros		Identidad	1501198201858		Dirección	Col. Festivinh, S.P.S.
12		Beneficiarios: (Anotar nombre completo, en letra molde).			Nombre	Fanny Maricela Ros		Identidad	1501198201858		Dirección	Col. Festivinh, S.P.S.
13		Razón o Denominación Social			Nombre Comercial			RTN (Adjuntar Fotocopia)			Información Personal del Representante legal o Contratante	
14		Información Personal del Representante legal o Contratante			Nombre completo, (como aparece en el documento de identidad):			Tipo de Identificación	<input type="checkbox"/> Tarjeta Ident. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Resd <input type="checkbox"/>		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
15		Nombre completo, (como aparece en el documento de identidad):			Identidad			Tipo de Identificación	<input type="checkbox"/> Tarjeta Ident. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Resd <input type="checkbox"/>		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
16		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> L		Nacionalidad			Dirección de Residencia	Teléfono
17		Dirección completa del contratante			Correo Electrónico			Mantiene Pólizas con esta u otra (s) Aseguradora (s)? (especificue: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada).			PRIMA ANUAL	
18		RIESGOS A CUBRIR	SUMA ASEGURADA		TOTAL SUMA ASEGURADA			Actividad Económica (Adjunta copia de escritura y sus reformas)			COBERTURA AMPLIA DE VUELO	
											COBERTURA DE ACCIDENTES DE AVIACION	
											GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	
											INCAPACIDAD ACCIDENTAL	
											DESMEMBARAMIENTO O PERDIDA DE LA VISTA	
											MUERTE ACCIDENTAL	

19. ¿Ha presentado Ud. alguna vez solicitud de Seguro de Accidente, Enfermedad, Incapacidad, Hospitalización o vida y cuya solicitud haya sido rechazada, pospuesta o retirada? 0? ha tenido algún seguro de ese tipo que haya sido modificado o que haya tenido aumento en tasa de prima o haya sido cancelado o cuya renovación haya sido denegada?

(Especifique clase (s) de seguro (s), Compañía, fechas, razones)

20. ¿Representa el total de indemnización por incapacidad bajo todas las Pólizas que Ud. Tiene en vigor, y/o que esté solicitando, menos del 75% de sus ingresos promedios?

21. A su leal saber y entender? Se encuentra Ud. Ahora en buena salud y libre de todo impedimento o deformidad física? (En caso negativo, dar detalles completos)

22. ¿Cuántas horas vuela usted en avión al año como promedio? En aviones comerciales? En aviones particulares?

23. ¿Tiene Ud. Proyectoado algún viaje fuera del país donde Ud. Reside o se propone cometer alguna actividad azarosa? (en caso de afirmativo dar detalles completos)

24. A su leal saber y entender? ha sufrido Ud. Alguna vez presión arterial anormal, úlceras, tuberculosis, hernia, diabetes, cáncer, sífilis, parálisis, artritis, reumatismo, cualquier trastorno o enfermedad de los sistemas: mentales, nerviosos, genético-urinario o digestivo, espalda, espina dorsal o corazón?(en caso afirmativo, dar detalles completos sobre la naturaleza, fecha, período de incapacidad, nombre del doctor que lo atendió y resultado eventual del tratamiento)

25. ¿Ha estado Ud. Bajo observación o recibido plan o tratamiento médico o quirúrgico o ha ingresado en algún hospital durante los últimos cinco años? (en caso de ser afirmativo, de detalles completos sobre fechas, enfermedad, duración y resultado eventual del tratamiento)

26. ¿Tiene usted algún defecto en la vista o en los oídos?

27. ¿Comprende y conviene Ud. En que bajo los términos de la póliza que Ud. solicita mediante la presente no se paga indemnización durante los primeros ___ días de cualquier período de incapacidad por accidente?

28. Declaro, en mi nombre y en el de cualquier otra persona que tenga o reclame algún interés en la póliza que a consecuencia de esta solicitud se expida, lo siguiente:

a). Que todas las declaraciones hechas aquí, son verdaderas y completas.

b). Que el seguro solicitado por la presente no se considerará en vigor hasta que la compañía me haya notificado la aceptación de la presente solicitud, entregándome la póliza expedida por ella de conformidad con mi solicitud y de acuerdo con la tarifa de primas vigentes en el momento de la expedición.

c). Que la compañía dispondrá de 15 días, a partir de la fecha de esta solicitud, durante los cuales la considerará y si dentro de este período no he recibido ninguna póliza o no se me ha hecho notificación sobre ella, entonces se dará como declinada por la compañía.

d). Declaro asimismo que he recibido copia integrada de las condiciones Generales de la póliza de Accidentes Personales y que enterado del contenido de las mismas, las doy por aceptadas.

Lugar y Fecha

Firma del Agente

Firma del solicitante o Contratante