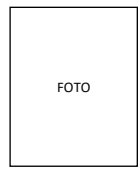




REPUBLICA DE HONDURAS
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN DEL MAGISTERIO
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE AFILIADO PROHECO



NOTA: Para la actualización de la afiliación, se requiere el ingreso obligatorio de los campos marcados con asterisco (*) # 1.- DATOS GENERALES DEL DOCENTE y únicamente la información que desea actualizar.

No. Afiliado

1.- DATOS GENERALES DEL DOCENTE

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	3er. NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No. DE IDENTIDAD Y/O CARNET DE RESIDENTE VIGENTE		GENERO	ESTADO CIVIL	No. DEPENDIENTES
Anterior <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Actual <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NACIONALIDAD		PROFESIÓN	RTN	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				
Pais: <input type="text"/>		/Departamento: <input type="text"/>		/Ciudad: <input type="text"/>
ACTUA POR CUENTA PROPIA		ACTUA EN REPRESENTACIÓN DE TERCEROS		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

DECLARACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (PEP'S)

NO SI Cargo Desempeñado Periodo

EN CASO AFIRMATIVO Indique el nombre de sus familiares directos (Padres, hermanos, hijos o conyugue)

Nombre y Apellidos	Número de Identificación	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Desempeña o ha desempeñado un cargo público?
 - Secretario(a) de Institucion pública
 - Ministro(a)
 - Ejecutivo(a) de Empresa estatal
 - Cargos de elección popular etc.

¿Posee negocios comerciales? SI NO

Nombre del Negocio

Giro del Negocio (si aplica)

Monto de otros Ingresos

2.- DIRECCIÓN DOMICILIARIA DEL DOCENTE

BARRIO o COLONIA	AVENIDA	CALLE	SECTOR	BLOQUE	N° DE CASA	COLOR CASA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALDEA	CASERIO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CIUDAD		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

OTROS PUNTOS DE REFERENCIA:

NUMEROS TELEFONICOS	CASA	<input type="text"/>	CORREO ELECTRONICO N° 1:	<input type="text"/>
	CELULAR	<input type="text"/>		
	TRABAJO	<input type="text"/>	CORREO ELECTRONICO N° 2:	<input type="text"/>

DATOS DE CUENTAS BANCARIAS

BANCO :

No. DE CUENTA BANCARIA ACTUAL:

No. DE CUENTA BANCARIA ANTERIOR:

Declaro solemnemente que la información antes proporcionada en esta solicitud es veraz y objetiva y autorizo al INPREMA para que pueda ser revisada y confirmada en las Instituciones públicas y privadas.

Lugar y Fecha

Firma del Docente

HUELLA

PARA USO EXCLUSIVO DEL INPREMA

Nombre del empleado que atendió al docente

Código de Empleado

Firma del Empleado

