



REPÚBLICA DE HONDURAS
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN DEL MAGISTERIO
SOLICITUD DE AFILIACIÓN PARA CENTROS EDUCATIVOS PRIVADOS

Teléfonos
2290-1400 Tega.
2550-4347/1987 SPS

No. De Afiliado

GAF-02-F01

DATOS GENERALES DEL CENTRO EDUCATIVO

1. NOMBRE			
2. RTN		3. No. DOCENTES	4. No. SOCIOS
5. OBJETIVO SOCIAL / RAZÓN ECONÓMICA			
6. DETALLE DE SOCIOS			
No.1	Nombre y apellidos	No. Identidad	% de Participación
No.2	Nombre y apellidos	No. Identidad	% de Participación
No.3	Nombre y apellidos	No. Identidad	% de Participación
No.4	Nombre y apellidos	No. Identidad	% de Participación
7. MONTO APROXIMADO DE ACTIVOS TOTALES			
8. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			

DECLARACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (PEP"s)

¿El representante legal o alguno de los accionistas desempeña o ha desempeñado un cargo público?
- Secretario(a) de Institucion pública
- Ministro(a)
- Ejecutivo(a) de Empresa estatal
- Cargos de elección popular
- etc.

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

9. DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO

Barrio, Colonia o Caserio Bloque / Avenida Grupo / Calle

Departamento Municipio Casa # Telefono

Otro punto de referencia

10. NIVELES Y MODALIDADES DE ENSEÑANZA

Marque con una "x" la modalidad de enseñanza del Centro Educativo

Pre-escolar Primaria Media Academia Técnica

Jornada Diurna Nocturna

11. ACUERDO DE CREACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Día Mes Año Fecha de emisión

Día Mes Año Fecha de inicio de operaciones

No. De Acuerdo

12. MODIFICACIÓN DE ACUERDO

Marque con una "x" el tipo de modificación

Ampliación Suspensión Cancelación

No. De Acuerdo

13. REFERENCIAS BANCARIAS / COMERCIALES

Nombre del Banco / Casa comercial

Nombre del Banco / Casa comercial

Ha realizado deducciones de cotizaciones a los docentes de su Institución SI NO

Declaro solemnemente que la información antes proporcionada en esta solicitud de afiliación es veráz y objetiva y autorizo al INPREMA para que pueda ser revisada y confirmada en las dependencias publicas y privadas.

Lugar y Fecha Firma

PARA USO EXCLUSIVO DEL INPREMA

Nombre del Empleado Firma