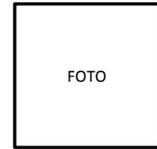




REPUBLICA DE HONDURAS
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN DEL MAGISTERIO (INPREMA)
SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE DOCENTES



AFILIACIÓN DE DOCENTE

ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE AFILIADO

AFILIACIÓN

GAF-01-F01

1.- DATOS GENERALES DEL DOCENTE

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

DECLARACIÓN DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (PEP'S)

¿Desempeña o ha desempeñado un cargo público?
 - Secretario(a) de Institución 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

¿Posee negocios comerciales? SI NO

Nombre del Negocio

Giro del

Monto de otros Ingresos

2.- DIRECCIÓN DOMICILIARIA DEL DOCENTE

BARRIO o COLONIA	AVENIDA	CALLE	SECTOR	BLOQUE	N° DE CASA	COLOR CASA
ALDEA	CASERIO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CIUDAD		

OTROS PUNTOS DE REFERENCIA:

NUMEROS TELEFONICOS

CASA

CELULAR

TRABAJO

CORREO ELECTRONICO N° 1:

CORREO ELECTRONICO N° 2:

3.- DIRECCIÓN LABORAL DEL DOCENTE

NOMBRE DEL CENTRO EDUCATIVO N° 1:	FECHA DE PAGO:	SECTOR		CODIGO
FECHA DE INGRESO:	CARGO:	PUBLICO	PRIVADO	PROHECO
DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO		TELÉFONO 1		TELÉFONO 2
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CIUDAD	ALDEA	
BARRIO O COLONIA		AVENIDA /CALLE	SECTOR	INGRESO/SALARIO MENSUAL

OTROS PUNTOS DE REFERENCIA:

NOMBRE DEL CENTRO EDUCATIVO N° 2:	FECHA DE PAGO:	SECTOR		CODIGO
FECHA DE INGRESO:	CARGO:	PUBLICO	PRIVADO	PROHECO
DIRECCIÓN DEL CENTRO EDUCATIVO		TELÉFONO 1		TELÉFONO 2
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CIUDAD	ALDEA	
BARRIO O COLONIA		AVENIDA /CALLE	SECTOR	INGRESO/SALARIO MENSUAL

OTROS PUNTOS DE REFERENCIA:



REPUBLICA DE HONDURAS
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN DEL MAGISTERIO (INPREMA)
SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE DOCENTES

GAF-01-F01

DATOS DE CUENTAS BANCARIAS

BANCO : _____ No. DE CUENTA BANCARIA ACTUAL: _____
No. DE CUENTA BANCARIA ANTERIOR: _____

BANCO : _____ No. DE CUENTA BANCARIA ACTUAL: _____
No. DE CUENTA BANCARIA ANTERIOR: _____

4.- REFERENCIAS DEL CONYUGE

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	3er. NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO		NUMEROS TELEFÓNICOS	CASA	
			CELULAR	
			TRABAJO	
Día	Mes	Año		
TRABAJA		ES AFILIADO		No DE IDENTIDAD
SI		SI		
NO		NO		_____ / _____ / _____

5.- REFERENCIAS

NOTA: FAVOR PROPORCIONAR REFERENCIAS QUE VIVAN EN UN DOMICILIO DIFERENTE AL DOCENTE AFILIADO.

REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE: _____		PARENTESCO: _____
DIRECCIÓN: _____		CASA
	NUMEROS TELEFÓNICOS	CELULAR
		TRABAJO
NOMBRE: _____		PARENTESCO: _____
DIRECCIÓN: _____		CASA
	NUMEROS TELEFÓNICOS	CELULAR
		TRABAJO

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