



**FORMULARIO DE AFILIACIÓN**  
**Instituto de Previsión Social de los Empleados de la**  
**Universidad Nacional Autónoma de Honduras**

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: Identidad \_\_ Carnet de Residente \_\_ Pasaporte \_\_ / No. de Identificación: \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_ F \_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a) \_\_ Casado(a) \_\_ Viudo(a) \_\_ Unión Libre \_\_ Divorciado(a) \_\_

Dirección: Barrio/Colonia: \_\_\_\_\_ Avenida: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

No. de Casa: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

No. Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ No. Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PROFESIONAL**

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso Laboral: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

No. Empleado: \_\_\_\_\_ Sueldo Nominal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

- Datos del Cónyuge**  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Fecha de Matrimonio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Datos de los Hijos(as)**

| <i>Nombre:</i> | <i>Fecha de Nacimiento</i> | <i>Discapacitado:</i> |
|----------------|----------------------------|-----------------------|
| 1. _____       | ___/___/_____              | Si __ No __           |
| 2. _____       | ___/___/_____              | Si __ No __           |
| 3. _____       | ___/___/_____              | Si __ No __           |
| 4. _____       | ___/___/_____              | Si __ No __           |
| 5. _____       | ___/___/_____              | Si __ No __           |

*En caso de discapacidad, por favor especifique diagnostico, tiempo de enfermedad, origen (nacimiento, enfermedad, accidente):*

\_\_\_\_\_

- Datos de la Madre**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ En vida \_\_ Fallecida \_\_
- Datos del Padre**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ En vida \_\_ Fallecido \_\_

Mediante la firma del presente documento manifiesto que toda la información contenida en él, así como la documentación presentada se encuentran conforme a derecho y autorizo al INPREUNAH realice cuantas acciones considere pertinente para comprobar su veracidad y utilización de los mismos.

\_\_\_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Lugar Fecha Firma del Afiliado Huella

