



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

ACTUALIZACION DE DATOS PARA ENVIO DE PLANILLA EN FORMA ELECTRONICA

A CONTINUACION SE LE PIDE LLENAR EL FORMULARIO CON LA INFORMACION SOLICITADA:

INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE DE LA EMPRESA			
RTN			
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	

INFORMACIÓN DE LOS CORREOS A LOS QUE SE ENVIARAN LAS PLANILLAS.

ANOTAR AL MENOS DOS CORREOS DONDE SE ENVIARA PLANILLA

Nombre de la Persona encargada de la recepción del correo	
Teléfono Celular de la persona encargada de recepción de planillas	
Número de Teléfono fijo de la empresa:	
Correo Electrónico:	
Correo Electrónico:	
Correo Electrónico:	

NUMEROS PATRONALES CUYAS FACTURAS SERAN ENVIADAS ELECTRONICAMENTE

(Puede adjuntar hojas adicionales si necesita incluir más números patronales.

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo:		ID:	TEL FIJO
------------------	--	-----	----------

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

Por medio de la presente los abajo firmantes declaramos ser responsables solidariamente por el uso que se realice del servicio otorgado en esta fecha y de las consecuencias derivadas directa o indirectamente del mismo. Así mismo declaramos entender que tenemos la responsabilidad de la verificación del recibo de planillas en el período que el IHSS otorga y constatar que es correcta, de no serlo debemos presentar el reclamo en tiempo y forma antes de la fecha límite de pago.
Cualquier uso o abuso realizado por terceras personas a quienes se haya compartido por acción o descuido dicha información, será responsabilidad del empleado y la empresa que ha otorgado el permiso.

Nombre/ Firma/Sello: Gerente

Nombre/Firma : Representante Legal

USO EXCLUSIVO DE IHSS

Fecha:		Aprobado ☐	Denegado ☐	Firma		FUNCIONARIO	
--------	--	-----------------------------------	-----------------------------------	-------	--	-------------	--