



100

SUB-GERENCIA DE CONTROL PATRONAL
NOTIFICACION DE SUJECCION

Sujeción N0: _____

No. DE INFORME: _____

No PATRONAL: _____

LUGAR Y FECHA: TEGUCIGALPA, M.D.C., _____ DE _____ 2017

NOMBRE DEL INSPECTOR: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCION: _____

TEL: _____

SEÑOR EMPLEADOR:

La presente, es para comunicarle, que de acuerdo a la inspección practicada por el Inspector: _____, se determino que la empresa que Usted representa está **SUJETA AL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO**, y por consiguiente debe hacer efectivo el pago de las cotizaciones obrero patronales a partir del mes de _____ 2017, en caso de no estar de acuerdo con la anterior determinación, tiene un plazo de diez (10) días hábiles, a partir de la fecha de su notificación, para que tal como lo establece el artículo 153 del Reglamento General de la Ley del Seguro Social, presente a través de la Secretaria General del Instituto, la impugnación correspondiente, donde exprese, los argumentos y fundamentos legales, debiendo además acompañar la documentación de soporte para su oposición.- Artículos 1,3, y 7 de la Ley del Seguro Social.

LICDA. ROSA MARIA MARADIAGA A.
SUB-GERENTE DE CONTROL PATRONAL.

Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central a los _____ días del mes de _____ año 2017 Hora _____

OBSERVACIONES: _____

EMPLEADOR O REPRESENTANTE LEGAL

INSPECTOR DE CONTROL PATRONAL

NOMBRE-----

CARGO-----