
“Solicitud de Inscripción en el Registro de la Base de Datos de Médico Especialista para la conformación del Comité de Invalidez del INJUPEMP”

Señor Director Especialista Presidente del INJUPEMP:

Yo, _____,

mayor de edad, estado civil _____, Doctor en Medicina y Cirugía, hondureño,

con identidad número _____ - _____ - _____,

Registro Tributario Nacional No. _____,

con domicilio particular en _____,

ciudad de _____,

inscrito en el Colegio Médico de Honduras bajo el No. _____,

con clínica médica ubicada en _____,

ciudad de _____,

teléfono fijo número _____,

teléfono celular número _____,

Dirección de correo electrónico _____,

Ante Usted con el debido respeto comparezco a solicitar la inscripción en el Registro de la Base de Datos de Médicos Especialistas para la conformación del Comité de Invalidez del INJUPEMP.

Acompaño a la presente solicitud los siguientes documentos:

1. Fotocopia de tarjeta de identidad
2. Fotocopia de RTN
3. Fotocopia de título universitario de Doctor en Medicina General y Cirugía.
4. Constancia de Colegiación y Solvencia con el Colegio Médico de Honduras
5. Fotocopia de Constancia de Inscripción de Especialidad y Sub Especialidad:
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____

Asimismo declaro que:

1. Si el INJUPEMP así lo determina, acepto integrar el Comité de Invalidez del INJUPEMP como Médico Especialista, con las obligaciones que la Ley del Instituto, sus Reglamentos, los Términos de Referencia para la prestación de **“Servicios de Médico Especialista para integrar el Comité de Invalidez del INJUPEMP según causa de la invalidez y en función de la especialidad médica.”** y el Manual de Procedimientos que para tal efecto se establezca.
2. Acepto el pago de ochocientos lempiras (L.800.00) por honorarios profesionales prestados al INJUPEMP, por cada participante examinado en mi clínica, menos las deducciones que por Ley correspondan, en el entendido que el INJUPEMP ajustará esta cantidad cuando lo estime conveniente.
3. Los emolumentos recibidos son en el libre ejercicio de la profesión y no constituyen un nexo laboral con el INJUPEMP.
4. Si el INJUPEMP por cualquier causa decidiera cancelar mi registro como Médico Especialista en la Base de Datos correspondiente, libero al Instituto de cualquier tipo de responsabilidad pasada, presente y futura, relacionada con dicho registro.

Y para los efectos que correspondan, firmo la presente en la ciudad de _____,

a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma y sello del Colegio Médico de Honduras:
