

TEGUCIGALPA, F.M.  
21 de Enero del 2020

SEÑOR (A)  
NOMBRE SOLICITANTE O TUTOR  
TARJETA DE IDENTIDAD N° XXXX-XXXX-XXXXX

Para su conocimiento y fines legales consiguientes, se transcribe la resolución que literalmente dice:

**RESOLUCIÓN No. XXX-XXX RSPS-TEGUCIGALPA.- DIRECCION EJECUTIVA DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL,** Tegucigalpa Municipio del Distrito Central, 21 de Enero del 2020. **VISTA:** Para resolver la solicitud No. RIVM-XXXX-2019, presentada el día 05 de Febrero de 2019 por el (la) señor(a) **NOMBRE SOLICITANTE O TUTOR**, con Número de Tarjeta de Identidad **XXXX-XXXX-XXXXX**, quien actúa en representación del (los) menor(es) **1. NOMBRE DEL MENOR**, hijo(a) (os) (as) beneficiario(a) (os) (as) del asegurado(a) fallecido(a) **NOMBRE DEL FALLECIDO**, con Número de Tarjeta de Identidad **XXXX-XXXX-XXXXX**, **CONTRAIDA A QUE SE OTORQUE: PENSION POR ORFANDAD. CONSIDERANDO:** Que el (la) Asegurado(a) **NOMBRE DEL FALLECIDO** falleció el 06 de Mayo de 2018, a consecuencia de **ENFERMEDAD COMÚN. CONSIDERANDO:** Que causo derecho a **PENSIÓN POR ORFANDAD** a favor del (la) (los) (las) menor(es), **1. NOMBRE DEL MENOR**, hijo(a) (os) (as) del asegurado(a) **NOMBRE DEL FALLECIDO**, acreditando su condición de parentesco mediante **Certificación(es) de Acta(s) de Nacimiento. CONSIDERANDO:** Que el Asegurado(a) **NOMBRE DEL FALLECIDO**, era **ASEGURADO**, concediendo el derecho a la **PENSIÓN POR ORFANDAD** del (la) (los) (las) menor(es), **1. NOMBRE DEL MENOR**, basándonos legalmente en el artículo 127 del Reglamento General de la Ley del IHSS. **CONSIDERANDO:** Que se estableció dicho parentesco detallado en autos agregados al expediente y habiéndose observado todos y cada uno de los requisitos que establece la Ley y el Reglamento General de la Ley del Seguro Social. **CONSIDERANDO:** Que el Instituto a través de la Secretaría General conocerá de las solicitudes, reclamaciones y conflictos referentes a la aplicación de la Ley del Seguro Social, y sus Reglamentos, así como de las controversias que la aplicación de los mismos suscite entre empleadores y asegurados y entre el Instituto y cualquiera de ellos. **POR TANTO:** La Dirección Ejecutiva, en uso de las facultades que la Ley le otorga y con fundamento legal en los artículos 53, 74 y 75 de la Ley del Seguro Social; 123, 127, 128, 153 y 154 del Reglamento General de la ley del Seguro Social. **RESUELVE:** **PRIMERO: DECLARAR CON LUGAR**, el otorgamiento de la **PENSIÓN POR ORFANDAD** del (la) (los) (las) menor(es), **1. NOMBRE DEL MENOR**, hijo(a) (os) (as) del asegurado(a) **NOMBRE DEL FALLECIDO**, consistente en la cantidad de **VALOR EN LETRA (L.XXXX)**, del (la) (los) (las) menor(es); Pagaderos mensualmente, valores cuya administración estará a cargo del (la) señor(a) **NOMBRE SOLICITANTE O TUTOR**, y cuyo goce comenzara de la siguiente manera: a partir del **Fecha del Fallecido Padre o Madre**; El goce de la pensión del (los) menor(es) finalizará(n), **XX DE MES XX DEL AÑO XX**, respectivamente fecha en la cual arribará(n) a sus catorce años de edad, pudiendo prorrogar el beneficio hasta la edad de 18 años, siempre que acredite anualmente estar cursando estudios formales en un centro de educación público o autorizado por el estado. Asumiendo la obligación de acreditar su supervivencia semestralmente a requerimiento del Instituto, y notificar el cambio de domicilio en el caso de que se produzca, dando lugar su incumplimiento a la suspensión del goce de la pensión que se le está otorgando. **MANDA:** Que una vez notificada la presente Resolución se extienda la respectiva transcripción a la solicitante, quedando firme si dentro del plazo legal de diez (10) días hábiles no se interpone recurso alguno.- **NOTIFIQUESE.** Firma y Sello.- **DR. GASPAR RODRIGUEZ.- DIRECTOR EJECUTIVO INTERINO IHSS.**