



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

TEGUCIGALPA, F.M.
25 de Agosto de 2021.

SEÑOR (A):
NOMBRE DE SOLICITANTE
TARJETA DE IDENTIDAD N° 0000-0000-00000

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

“RESOLUCION N° 0000-2021-RSPS-TEGUCIGALPA, DIRECCION EJECUTIVA DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, Tegucigalpa Municipio del Distrito Central 25 de Agosto de 2021. VISTA: Para resolver la solicitud No. RIVM- 0000-2021, presentada el 06 de Mayo de 2021 por el (la) señor(a) **NOMBRE DE SOLICITANTE**, con Número de Tarjeta de Identidad 0000-0000-00000, **Esposa(o)** del beneficiario(a) del (la) fallecido(a) **NOMBRE DE FALLECIDO**, con Número de Tarjeta de Identidad 0000-0000-00000, contraída a que se otorgue: **Pensión Por Viudez. CONSIDERANDO:** Que el (la) señor(a) **NOMBRE DE FALLECIDO** fallecido el 08 de Julio de 2020, a consecuencia de **Enfermedad Común** que se acredita con la respectiva **Certificación de Acta de Defunción. CONSIDERANDO:** Que causó derecho a **Pensión Por Viudez** a favor del (la) señor(a) **NOMBRE DE SOLICITANTE**, acreditando ser la (el) **Esposa(o)** del fallecido(a) mediante **Certificado de Acta de Matrimonio. 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 123, 124, 131 y 174 del reglamento General de la Ley del Seguro Social. **RESUELVE: Declarar Con Lugar**, la presente **Pensión Por Viudez** a favor del (la) señor(a) **NOMBRE DE SOLICITANTE**, con Número de Tarjeta de Identidad 0000-0000-00000, consistente en la cantidad de **VALOR EN LETRAS CENTAVOS (L.1xxxx)**, mensuales a partir del 08 de Julio de 2020, hasta el cese de su condición de viudo(a) del (la) asegurado(a) fallecido(a) **NOMBRE DE FALLECIDO**, con Número de Tarjeta de Identidad 0000-0000-00000, 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 término legal establecido de diez (10) días hábiles no se interpone recurso alguno. **NOTIFIQUESE. FIRMA Y SELLO Dr. GASPAR RODRIGUEZ DIRECTOR EJECUTIVO IHSS”**

ABOG. LEONEL OMAR QUIROZ GONZALES
SECRETARIO GENERAL IHSS.