



# FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

RAP AFILIADOS  
No. de afiliado:

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte		No. de identificación:	
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Nacionalidad:	
Profesión / Ocupación / Oficio:		Teléfono fijo:	Celular:
Correo electrónico personal:			
Dirección de domicilio, colonia / barrio / aldea:		Calle / Avenida:	
No. de casa:	Punto de referencia:		
Municipio:	Departamento:	País:	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre			
Nombre del cónyuge:		Teléfono fijo:	Celular:
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte		No. de identificación:	
Empresa donde labora el cónyuge:			

## INFORMACIÓN PROFESIONAL Y LABORAL

Tipo de empresa: <input type="checkbox"/> Empresa Privada <input type="checkbox"/> Empresa Pública <input type="checkbox"/> ONG			
Tipo de empleado: <input type="checkbox"/> Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Comerciante Individual <input type="checkbox"/> Asalariado			
Nombre de la empresa en la que labora:			
Fecha de ingreso:		Años laborando:	
Cargo actual:		Teléfono de la empresa:	
Correo electrónico de la empresa:			
Dirección de la empresa:			
Ciudad:	Municipio:	Departamento:	
Nombre del Gerente / Jefe de Recursos Humanos:			
Ingreso mensual:		Origen o Procedencia de los fondos:	
Rango de salario devengado en salarios mínimos:		<input type="checkbox"/> L 0 - L 8,500.00 <input type="checkbox"/> L 8,501.00 - L 26,500.00 <input type="checkbox"/> L 26,501.00 - L 54,000.00 <input type="checkbox"/> L 54,001.00 - L 108,000.00 <input type="checkbox"/> L 108,001.00 - L 150,000.00 <input type="checkbox"/> L 150,001.00 - 200,000.00 <input type="checkbox"/> L 200,001 en adelante	
¿Usted o algún pariente cercano cumplen o han cumplido funciones públicas o políticas destacadas ya sea en el territorio nacional o en el extranjero?			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *En caso de contestar Sí completar formulario PEP			

## REFERENCIAS DEL AFILIADO

### REFERENCIAS PERSONALES

Referencia personal 1:	Teléfono fijo:	Celular:
Referencia personal 2:	Teléfono fijo:	Celular:

### REFERENCIAS COMERCIALES/BANCARIAS

Referencia 1:	Teléfono 1:	Teléfono 2:
Referencia 2:	Teléfono 1:	Teléfono 2:

## BENEFICIARIOS

En caso de muerte (obligatorio adjuntar copia de identidad/partida de nacimiento para registro de los beneficiarios)

A. Designación de beneficiarios por primera vez  B. Actualización de beneficiarios

	Nombre completo	No. Identidad	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

## PARA USO EXCLUSIVO DEL RAP

### TIPO DE FONDO

Obligatorio: <input type="checkbox"/> Fondo de Pensiones <input type="checkbox"/> Fondo de Cesantías	Voluntario: <input type="checkbox"/> Fondo de Pensiones <input type="checkbox"/> Fondo de Vivienda
FP - Individual Voluntario: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual	FV - Individual Voluntario <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual
Tipo de moneda <input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares	

## VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO

Realizado por		Revisado por		Validado por	
Usuario:		Firma		Firma	
Fecha de afiliación:					
Fecha de actualización:		Fecha de revisión:		Fecha de validación:	
Oficina - Ciudad:		Oficina - Ciudad:		Oficina - Ciudad:	
Sello		Sello		Sello	

Declaro bajo juramento que los datos aquí indicados son verdaderos. De comprobarse que la información proporcionada es falsa, será motivo suficiente para detener cualquier trámite relacionado. De igual manera me comprometo a mantener actualizada la información y notificar a la institución de los cambios que se puedan presentar en el futuro con respecto a dicha declaración. Autorizo a verificar toda la información contenida en el presente formulario, a discreción de la institución. La información solicitada en este formulario es requerida bajo la circular CNBS 019/2016 mediante resolución SB 348/27.

Lugar y fecha

Firma del afiliado