



Universidad Pedagógica Nacional

Francisco Morazán

RECTORÍA

TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A.

RESOLUCIÓN N° R-332-2015

El Rector de la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán,

CONSIDERANDO: Que la misión universitaria requiere de múltiples recursos para lograr el éxito en el cumplimiento de sus funciones tanto académicas como administrativas.

CONSIDERANDO: Que el éxito institucional se debe en un buen porcentaje al compromiso de su cuerpo de docentes que laboran en cada uno de los centros regionales y sedes de la UPNFM en todo el país y al interés que como institución se tiene en el bienestar de los empleados tanto docentes como administrativos.

CONSIDERANDO: Que en este sentido la profesora Ana Gertrudiz Madrid, docente del Centro Universitario Regional de La Ceiba, con muchos años de laborar en este centro educativo y en este momento Coordinadora Regional de Programas Especiales, ha hecho formal solicitud a esta Rectoría para que le sea autorizado su cambio de horario de 8:00 a 4:00 p.m. en el que había venido desempeñándose al horario de 7:00 a 1:00 p.m. y los fines de semana que le correspondan de acuerdo a sus funciones.

CONSIDERANDO: Que la maestra Ana Madrid, justifica su solicitud dado que desde recién nacida su hija de ahora 8 años de edad, ha sido diagnosticada con algunos problemas de salud que de acuerdo a las constancias medicas adjuntas, requieren de cuidados especiales que en este caso su madre debe darle.

POR LO TANTO;
EN USO DE SUS FACULTADES,
RESUELVE:

1. Autorizar el cambio de horario de 7:00 a 1:00 p.m. y los fines de semana que le corresponden de acuerdo a sus funciones actuales a la Profesora Ana Gertrudiz Madrid del Centro Universitario Regional de La Ceiba, a partir del 1 de julio 2015.



Universidad Pedagógica Nacional
Francisco Morazán
RECTORÍA
TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A.

Página 2
Resolución R-332-2015

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, al los trece días del mes de noviembre 2015.


MAGISTER DAVID ORLANDO MARIN LOPEZ
RECTOR

Departamento de Recursos Humanos
cc. Vicerrectoría Académica
cc. Dirección Especial CURCEI
cc. Profa. Ana Madrid/CURCEI
cc: Archivo.



01 julio 2015

M. Sc. David Orlando Marín
Rector UPNFM

Estimado Señor Rector:

Salúdele muy cordialmente augurándole éxitos en sus funciones.

Al tiempo que como hablamos el 21 de marzo de este año en este Centro y argumentándole que no podía continuar con el horario de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. ya que la única hija que me apoyaba con mi pequeña Isabella Fernanda Lanza Madrid fue trasladada a trabajar a la ciudad de Tegucigalpa, razón por la cual nos quedamos solas e Isabella dependiendo directamente de mi persona. Ante tal situación y como de manera verbal me hizo la aprobación del horario de 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y los fines de semana que me corresponden. Solicito respetuosamente se me haga por escrito dicha petición.

Dicha petición la hago a partir de esta fecha (01 de julio) en la que asumí mi cargo como Coordinadora Regional de Programas Especiales CURCEI.

Adjunto encontrará las Certificaciones médicas de los diagnósticos de mi pequeña hija con los 3 médicos que manejan el control de su salud.

En espera de su notificación.

Me suscribo de usted.



Atentamente

M. Sc. ANA MADRID

Coordinadora Regional de Programas Especiales CURCEI

DE CONFORMIDAD CON LA LEY ÚNICAMENTE EN EL PAPEL AUTORIZADO QUE HAYA SIDO NUMERADO Y MEMBRETADO POR EL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS, SE DEBEN EXTENDER LAS CERTIFICACIONES MÉDICAS. LA CONTRAVENCIÓN A LA DISPOSICIÓN ANTERIOR DA LUGAR A SANCIONES DE ACUERDO CON LA LEY ORGÁNICA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS.

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

SERIE M 038196

CERTIFICACIÓN MÉDICA

El suscrito, Doctor en Medicina y Cirugía, Colegiado N° 4187

Por la presente CERTIFICA, que ISABELLA FERNANDA LANZA MADRID

de nacionalidad HONDUREÑA sexo FEMENINO

de OCHO (8) ===== años de edad, de profesión y of

ESTUDIANTE Estado Civil SOLTERA

Tarjeta de Identidad N° 0101-2007-02059 o Pasaporte N° _____

Extendida/o en: Tegucigalpa, M.D.C. 2 de septiembre, 2015

Por medio de la presente hago constar: Que ISABELLA FERNANDA LANZA MADRID, de ocho (8) años de edad, con cuadro clínico de HIPERINSULINISMO (PRE-DIABETES) y Alergia a Alimentos, motivo -- por el cual amerita de los cuidados especiales de su madre ANA GERTRUDIZ MADRID GUERRA, con numero de Identidad 0410-1962-00815


DRA. CLAUDIA ALMENDAREZ P.
PEDIATRA-ALERGOLOGA E INMUNOLOGA



DE CONFORMIDAD CON LA LEY ÚNICAMENTE EN EL PAPEL AUTORIZADO QUE HAYA SIDO NUMERADO Y MEMBRETADO POR EL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS, SE DEBEN EXTENDER LAS CERTIFICACIONES MÉDICAS. LA CONTRAVENCIÓN A LA DISPOSICIÓN ANTERIOR DA LUGAR A SANCIONES DE ACUERDO CON LA LEY ORGÁNICA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS.

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

SERIE M 038198

CERTIFICACIÓN MÉDICA

El suscrito, Doctor en Medicina y Cirugía, Colegiado N° 5936

Por la presente CERTIFICA, que Isabelle Fernando Lanza

Modid de nacionalidad Hondureña sexo Femenino

de Ocho (8) años de edad, de profesión y oficio

Estado Civil Solter

Tarjeta de Identidad N° _____ o Pasaporte N° _____

Extendida/o en: Taguigolpe M.D.C.

Presente diagnóstico de Hipertrofia Renal Derecha por lo que es controlada en mi consulta de forma periódica como un Rinon Utero, requiriendo cuidados maternos permanentes.

Y por los fines y el intervalo convenido se extiende lo presente a los 31 de Octubre 2015



DE CONFORMIDAD CON LA LEY ÚNICAMENTE EN EL PAPEL AUTORIZADO QUE HAYA SIDO NUMERADO Y MEMBRETADO POR EL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS, SE DEBEN EXTENDER LAS CERTIFICACIONES MÉDICAS. LA CONTRAVENCIÓN A LA DISPOSICIÓN ANTERIOR DA LUGAR A SANCIONES DE ACUERDO CON LA LEY ORGÁNICA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS.

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

SERIE M 038197

CERTIFICACIÓN MÉDICA

2811

El suscrito, Doctor en Medicina y Cirugía, Colegiado N° _____

Por la presente CERTIFICA, que _____
Isabella Fernanda Lanza Madrid

_____ de nacionalidad Hondureña sexo femenino

de _____ Ocho y medio (8 1/2) _____ años de edad, de profesión y oficio

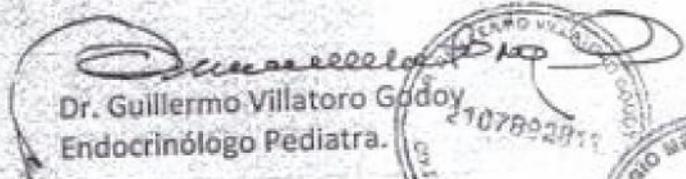
Estudiante Estado Civil soltera

Tarjeta de Identidad N° _____ o Pasaporte N° _____

Extendida/o en: Tegucigalpa M.D.C.

Isabella Fernanda, paciente femenina de 8 y medio años de edad con diagnóstico de Obesidad Exógena y componentes de síndrome metabólico. Está en tratamiento desde los 5 años con plan de alimentación saludable más ejercicio aeróbico una hora diaria. Última evaluación 23-07-2015, peso 24.1 kg, talla 121 cm. Con IMC 16.4, cintura 57.5 cm, Tanner 1 y 1 (pre púber). Con evolución satisfactoria gracias a la supervisión directa de su madre es los cuidados que requiere.

Para los fines que la familia estime conveniente se extiende la presente a los 14 días de octubre del 2015


Dr. Guillermo Villatoro Godoy
Endocrinólogo Pediatra.





CERTIFICACION DE ACTA DE NACIMIENTO



El infrascrito Registrador Civil Municipal CERTIFICA que en el Archivo de nacimientos que se tiene en esta oficina; se encuentra

el acta de nacimiento número: **0 1 0 1 - 2 0 0 7 - 0 2 0 5 9** ubicada en el folio **019** del tomo **009**

Número de Identidad

del Año **2007** y que pertenece a:

a) LANZA *Primer Apellido* b) MADRID *Segundo Apellido*
c) ISABELLA FERNANDA *Nombre* SEXO F M

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento



a) DISTRITO CENTRAL *Municipio* b) FRANCISCO MORAZÁN *Departamento* c) HONDURAS *País*
d) DIECIOCHO *Día* e) JUNIO *Mes* f) 2007 *Año*

2.) Apellidos, nombre y nacionalidad del padre:

a) LANZA *Primer Apellido* b) CASTILLO *Segundo Apellido*
c) ELIM ISAI *Nombre* d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

3.) Apellidos, nombre y nacionalidad de la madre:

a) MADRID *Primer Apellido* b) GUERRA *Segundo Apellido*
c) ANA GERTRUDIZ *Nombre* d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

4.) Notas marginales autorizadas:



NINGUNA

Extendida en

LA CEIBA *Municipio*

ATLÁNTIDA *Departamento*

a los:

VEINTIDOS

días del mes de

JULIO

del DOS MIL

QUINCE



Firma y Sello del Registrador Civil Municipal