



# MUNICIPALIDAD DE MARCALA

CIUDAD DE LA AMISTAD Y AROMA DE CAFÉ

E-mail: [alcaldiamarcala@yahoo.es](mailto:alcaldiamarcala@yahoo.es)

Teléfono: 27645329, 27643975



Marcala, La Paz 02 de agosto de 2022

**Ing. Enrique Alfredo López Gaitán**  
**Oficial de Información Pública**

## NOTA

Estimado Ing.

Reciba un cordial saludo deseándole éxito en sus delicadas funciones.

Por medio de la presente le notifico que del 01 al 31 de julio del presente año se ha otorgado una incapacidad por operación de apendicitis a la compañera que labora en la oficina de turismo para esta Municipalidad.

Agradeciendo la atención a la presente.

Atentamente;

  
  
Jhonny Rafael Diaz Urquía  
Depto. de Recursos Humanos

CC. Archivo



**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD**  
**TEMPORAL**

CERTIFICADO No.3777691

FECHA DE EXPEDICIÓN

16 07 22  
 DÍA MES AÑO

N° Tarjeta de Identidad: 1201199000714  
 NOMBRE: Darling Melissa Amador  
 No. AFILIACIÓN: 1201199000714  
 NOMBRE UNIDAD: IHSS NOMBRE SERVICIO: CB No. Colegio Médico: 6460  
 PATRONO: Alcaldía Municipal de Morcala  
 No. PATRONAL: 105201600031

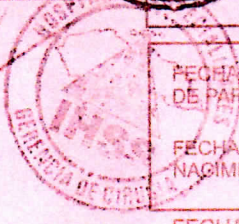
Presunción de Riesgo  
 ENFERMEDAD COMUN   
 ACCIDENTE COMUN   
 ACCIDENTE DE TRABAJO   
 ENFERMEDAD PROFESIONAL

PRE-NATAL:  Y  
 POST-NATAL:   
 Prórroga de Incapacidad: Sí  No

PERIODO DE INCAPACIDAD  
 DESDE: 15 07 22 AL: 13 08 22  
 DÍAS OTORGADOS: -30



HOSPITALIZACIÓN  
 HOSPITALIZACIÓN: 15 07 22  
 DÍA MES AÑO  
 FECHA DE ALTA: 16 07 22  
 DÍA MES AÑO



MATERNIDAD  
 FECHA PROBABLE DE PARTO:     
 DÍA MES AÑO  
 FECHA DE NACIMIENTO:     
 DÍA MES AÑO  
 FECHA DEL ACCIDENTE:     
 DÍA MES AÑO

Incapacidad Refrendada: Sí  No  Con derecho Subsidio: Sí  No

↓ RECORTE AQUI ↓

**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**SUB-GERENCIA DE SUBSIDIOS**  
**CONSTANCIA PARA COBRAR EL SUBSIDIO**

CERTIFICADO No.3777691

EL PATRONO: Alcaldía Municipal de Morcala  
 HACE CONSTAR QUE EL ASEGURADO: Darling Melissa Amador  
 No. de AFILIACION: \_\_\_\_\_ TARJETA DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_



A la fecha continúa siendo un trabajador de mi empresa o negocio (caso contrario indique la causa en observación) por razones de salud labora desde el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Juro que los salarios vencidos y no declarados en Planilla de Cotización, por estar en mora son los siguientes

MESES	DIAS	SALARIOS

MESES	DIAS	SALARIOS

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Morcala 29 de Julio 2022  
 Lugar y Fecha

[Signature]  
 Sello y Firma del Patrono o su Representante

CODIGO No. 2300