



# UNIDAD MUNICIPAL DESCONCENTRADA "AGUAS DE SIGUATEPEQUE"

Barrio Abajo, sobre 5ta.calle, entre 4 y5 Avenida Sur Este, Siguatepeque  
TELÉFONO: 2773 – 9410 / 2773 – 9438  
www.aguasdesiguatepeque.com



E-mail:aguasdesiguatepeque@yahoo.com

## MEMORNADUM ADS-03-2023-171\_TH

**PARA:** TODOS LOS COLABORADORES  
**AGUAS DE SIGUATEPEQUE**

**DE:** LCDA. GABRIELA GISELLE ESPINOZA MEJIA  
**SUB GERENTE DE TALENTO HUMANO**

**CC:** Mtr. FERNANDO LUIS VILLALVIR MARTINEZ  
**GERENTE GENERAL**

**ASUNTO** INCAPACIDADES REFRENDADAS

**FECHA:** 09 DE MARZO DEL 2023

Por medio de la presente se le informa a todo el personal que forma parte de la Unidad Municipal Desconcentrada "Aguas de Siguatepeque", lo siguiente:

La Sub Gerencia de Talento Humano por medio de la presente y bajo el Reglamento de Incapacidad Temporal del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Hace de su conocimiento de los Requisitos y Plazo para el trámite de las Incapacidades Refrendadas.

### **Artículo 54. De los certificados de incapacidad temporal con duración no mayor de tres días.**

Cuando la Incapacidad tenga una duración no mayor de 3 días calendario, tendrá validez por si misma ante el patrono y no necesita ser refrendada o ratificada por el instituto, y podrá ser extendida en certificación del colegio profesional, papel membretado del médico u odontólogo, en formato pre-impreso de algún centro asistencial, con la firma y sello profesional del médico u odontólogo tratante.

### **Artículo 57. De los Requisitos para el Refrendo de Incapacidad Temporal.**

Para el trámite de refrendo de incapacidad temporal el trabajador asegurado debe presentar ante la Secretaria Regional del IHSS, los siguientes documentos.

#### **1. Certificación o Constancia medica original que deberá contener:**

- Datos generales del paciente, Nombre y DNI que estén correctos.
- Fecha de expedición de la certificación.
- Fecha y Hora de la consulta que da origen a la incapacidad a refrendar.
- Diagnóstico, manejo o tratamiento
- Fecha probable del parto en caso de incapacidad prenatal y fecha de nacimiento en caso de posnatal.



# UNIDAD MUNICIPAL DESCONCENTRADA "AGUAS DE SIGUATEPEQUE"

Barrio Abajo, sobre 5ta.calle, entre 4 y5 Avenida Sur Este, Siguatepeque

TELÉFONO: 2773 – 9410 / 2773 – 9438

www.aguasdesiguatepeque.com

E-mail:aguasdesiguatepeque@yahoo.com



- Fecha de la Cirugía (en caso de procedimientos quirúrgicos)
  - Periodo que cubre la incapacidad temporal, especificando la fecha de inicio y finalización de la misma, y cantidad de días otorgados.
  - Fecha de ingreso y de alta hospitalaria en caso de internamiento
2. **Copia del Documento Nacional de Identificación.**
  3. **Documentos médicos, informes, estudio de diagnóstico complementarios y cualquier otro documento que justifique la incapacidad temporal.**
  4. **Informe patronal de accidente de trabajo, en caso de que la condición patológica que origina la incapacidad temporal se presume es de origen profesional.**
  5. **Acta o constancia emitida por el hospital o centro de salud, en caso de defunción del producto de la concepción.**
  6. **Registro o acta de inscripción del nacimiento (únicamente para incapacidades postnatales).**

## **Artículo 58. Del plazo Para el Tramite de Refrendo de Incapacidad Temporal**

La solicitud para trámite de refrendo debe presentarse personalmente, a través de gestor oficioso o apoderado legal, dentro de los plazos siguientes.

1. Si se trata del asegurado que ha recibido atención medica u odontológica en el **ejercicio privado** de la profesión, **dentro de los 5 días hábiles** siguientes a la fecha de la consulta que origino la **incapacidad con derecho al goce de subsidio**, y **5 días hábiles adicionales a la fecha del vencimiento de este plazo**, para que pueda presentarlo ante su patrono, **sin derecho al subsidio por incapacidad** por parte del IHSS.
2. Si se trata de asegurado que ha recibido atención medica u odontológica ambulatoria en el **ejercicio publica** de la profesión, dentro de los **15 días hábiles** siguientes a la fecha de la consulta que origino la incapacidad **con derecho al goce del subsidio**, y **15 días hábiles adicionales a la fecha del vencimiento de este plazo**, para que pueda presentarlo ante su patrono, **sin derecho al subsidio por incapacidad** de parte del IHSS.
3. Para el asegurado que ha recibido atención medica u odontológica **hospitalaria (con internamiento) y/o cirugía, en el ejercicio publico**

*El D. Gabriela F.*



# UNIDAD MUNICIPAL DESCONCENTRADA "AGUAS DE SIGUATEPEQUE"

Barrio Abajo, sobre 5ta.calle, entre 4 y5 Avenida Sur Este, Siguatepeque

TELÉFONO: 2773 – 9410 / 2773 – 9438

www.aguasdesiguatepeque.com



E-mail:aguasdesiguatepeque@yahoo.com

**y/o privado de la profesión, dentro de los del 15 día hábiles egreso hospitalario con derecho al goce del subsidio, y 15 días hábiles adicionales a la fecha del vencimiento de este plazo, para que pueda presentarlo ante su patrono, sin derecho al subsidio por incapacidad por parte del IHSS.**

4. Cuando al asegurado se le hubiere extendido **incapacidad en el exterior del país, por consulta medica recibida u hospitalización**, dentro de los **20 días hábiles**, siguientes a la fecha de la consulta médica o fecha de egreso hospitalario que genero la incapacidad temporal, y **15 días hábiles adicionales, a la fecha del vencimiento de este plazo**, para que pueda presentarlo ante su patrón, **sin derecho al subsidio por incapacidad** de parte del IHS.

## NOTAS:

- ✓ Cuando la solicitud de refrendo de la incapacidad temporal, se presenta fuera de los plazos establecidos en el presente Reglamento, el instituto emitirá la correspondiente resolución denegando el refrendo.
- ✓ En caso de que la incapacidad se extendida en Hospital público firma y sello del médico tratante y del director del hospital. **(El sello tiene que ser el oficial y autorizado por el colegio médico, de forma legible y no firmar sobre el sello.)**

Atentamente,

"AHORRAR AGUA NO SIGNIFICA EVITAR CONSUMIRLA, SINO CONSUMIRLA CON RESPETO"

Abriela F.