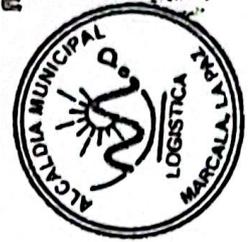


MUNICIPALIDAD DE MARCALA
CIUDAD DE LA AMISTAD Y AROMA DE CAFÉ



SOLICITUD DE PERMISO

Funcionario Municipal Carlos Joel Molina Muñoz
Cargo Asistente Departamento Desarrollo Comunitario
Fecha solicitada 8 de Octubre del 2024

MOTIVO DEL PERMISO

Salud: _____ Personal Oficial _____

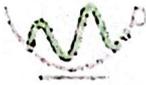
Compensatorio _____ Por día trabajado en _____

- o Permisos por salud adjuntar constancias médicas.
- o Permisos oficiales adjuntar invitaciones previa autorización de recursos humanos.


Solicitante


Jefe de Departamento


Jefe de Recursos Humanos



MUNICIPALIDAD DE MARCALA
CIUDAD DE LA AMISTAD Y AROMA DE CAFÉ



SOLICITUD DE PERMISO

Funcionario Municipal JOSUE' DAVID SERRANO
Cargo JEFE Departamento UTM
Fecha solicitada 08/10/24 - 12/10/24

MOTIVO DEL PERMISO

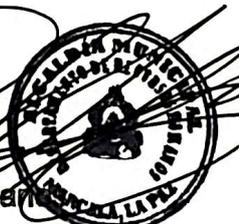
Salud: X Personal _____ Oficial _____
Compensatorio _____ Por día trabajado en _____

- Permisos por salud adjuntar constancias médicas.
- Permisos oficiales adjuntar invitaciones previa autorización de recursos humanos.

JOSUE' DAVID SERRANO
Solicitante

JOSUE' DAVID SERRANO
Jefe de Departamento

JOSUE' DAVID SERRANO
Jefe de Recursos Humanos



CLÍNICAS MÉDICAS BAUTISTA

Marcala, La Paz. Barrió San Miguel, a unos pasos de papelería Albita.
Tel.2764-5005 / Cel.9448-6246



Constancia Médica

Nombre de Paciente: Josué David Serrano Alvarado **Edad:** 38 años

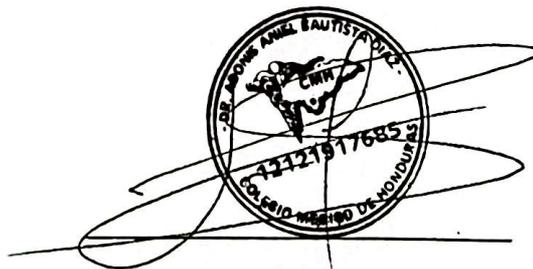
Domicilio: Barrio. San Miguel, Marcala, La Paz. **Cel.** 9678 3496

Resumen Medico

Por medio de la presente y a quien corresponda, se hace constar, que dicho paciente se atendió en clínica por Dx: 1 – Gastroenteritis aguda con deshidratación moderada. Secundaria a Intoxicación de alimentos.

Razón por la cual se extiende la presente constancia médica, para los fines que el interesado convenga. Reposo de 3 días, a partir del día 08 de octubre 2024.

Por lo cual yo; *Adonis Aniel Bautista Díaz*. Doctor en medicina y cirugía, con número de colegiación: 1-7685, doy fe de dicho dictamen médico y extendo la siguiente constancia. 08 de octubre de 2024.



Dr. Adonis Bautista



MUNICIPALIDAD DE MARCALA
CIUDAD DE LA AMISTAD Y AROMA DE CAFÉ



SOLICITUD DE PERMISO

Funcionario Municipal Beriris Melissa Rivera Culeta
Cargo Encargada Departamento Oficina Municipal de Turismo
Fecha solicitada Viernes 11 de octubre del 2024

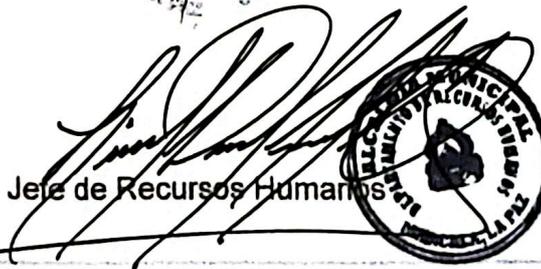
MOTIVO DEL PERMISO

Salud: _____ Personal _____ Oficial x

- Permisos por salud adjuntar constancias médicas.
- Permisos oficiales adjuntar invitaciones


Solicitante


Jefe de Departamento


Jefe de Recursos Humanos



E-mail: lapazmarcala@municipalidadhn.info | alcaldia1208marcala@gmail.com



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
FRANCISCO MORAZÁN
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PERMANENTE
Por una educación para la vida
con
Calidad | Competitividad | Liderazgo



CALENDARIO ACADÉMICO DEL TERCER PERIODO DEL 2024
INFORMÁTICA EDUCATIVA-PREBÁSICA-ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LA EDUC.

BLOQUE B

TEGUCIGALPA, SAN PEDRO SULA, SANTA ROSA DE COPÁN, DANLÍ Y PUERTO LEMPIRA

ACTIVIDADES	FECHAS
PRIMER ENCUENTRO ACOMPAÑAMIENTO TUTORIAL PRESENCIAL	21 -22 DE SEPTIEMBRE
SEGUNDO ENCUENTRO ACOMPAÑAMIENTO TUTORIAL PRESENCIAL	12-13 DE OCTUBRE
TERCER ENCUENTRO ACOMPAÑAMIENTO TUTORIAL PRESENCIAL	26-27 DE OCTUBRE
CUARTO ENCUENTRO DE ACOMPAÑAMIENTO TUTORIAL PRESENCIAL	09- 10 DE NOVIEMBRE
QUINTO ENCUENTRO DE ACOMPAÑAMIENTO TUTORIAL PRESENCIAL	23-24 DE NOVIEMBRE
INGRESO DE CALIFICACIONES	25-26-27 NOVIEMBRE

Matrícula: Del 27 de agosto al 16 de septiembre.

RECUPERACIÓN: Se coordinarán y efectúan el domingo 24 de noviembre de 12:00 a 18:00.



M. S. Fredis Mateo Aguilar Herrera
Director
Dirección de Formación Permanente



SOLICITUD DE PERMISO

Nombre del Empleado o Funcionario: Gunther Jonathan Osorio M.
Cargo: Policia Municipal Fecha: 14 de octubre
Departamento: La Paz Tiempo Solicitado: 1 Días
Desde el: 15 de octubre Hasta el: 16 de octubre.
Desde la hora: 8:00 am. Hasta la hora: 4:00 pm.

MOTIVOS DEL PERMISO

Salud: X Personal: _____ Otro: _____

Solicito que este tiempo que establece el permiso sea cargado a:

Vacaciones: _____ Sin Goce de Sueldo: _____ Con Goce de Sueldo: _____



Solicitante

Jefe del Departamento



Jefe de Personal



SOLICITUD DE PERMISO

Nombre del Empleado o Funcionario: Magjorie Yamaly Fiallos Barahona
Cargo: Colector N° 2 Fecha: 15-10-2024
Departamento: Control Tributario Tiempo Solicitado: 1 Días
Desde el: 18/Octubre/2024 Hasta el: 18/Octubre/2024
Desde la hora: 8:00 am Hasta la hora: 4:00 pm

MOTIVOS DEL PERMISO

Salud: _____ Personal: Otro: _____

Solicito que este tiempo que establece el permiso sea cargado a:

Vacaciones: _____ Sin Goce de Sueldo: _____ Con Goce de Sueldo:

IMIC
Solicitante

[Signature]
Jefe del Departamento

[Signature]
Jefe de Personal



MUNICIPALIDAD DE MARCALA
CIUDAD DE LA AMISTAD Y AROMA DE CAFÉ



SOLICITUD DE PERMISO

Funcionario Municipal Beiris Melissa Rivara Lelis
Cargo Coordinadora Departamento Oficina Municipal de Turismo
Fecha solicitada 18 de Octubre del 2024

MOTIVO DEL PERMISO

Salud: Personal Oficial En Compensacion del
Primer de Septiembre del
2024

- Permisos por salud adjuntar constancias médicas.
- Permisos oficiales adjuntar invitaciones

Beiris Melissa Rivara
Solicitante

[Signature]
Jefe de Departamento

[Signature]
Jefe de Recursos Humanos

E-mail: lapazmarcala@municipalidadhn.info | alcaldia1208marcala@gmail.com



FORMULARIO PARA REFRENDO DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL

1. Datos de Derechohabiente

Nombre completo:	Zelfa Indira Clavos Osorio		
Número de tarjeta de identidad:	1212-1992-00131		
Número de carnet de afiliación:			
Número teléfono fijo:		Número celular:	7747-2765
Correo electrónico:			
Nombre de patrono:	Alcaldía Municipal de Marcala La Paz		
Número inscripción patronal:	10520160031		

Nombre completo:			
Número de tarjeta de identidad:			
Número teléfono fijo:		Número celular:	
Correo electrónico:			

3. Datos De Certificado/Constancia De Incapacidad

Número de certificado:								
Continuidad (marcar con x):	Primera incapacidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Primera prorroga	<input type="checkbox"/>	Prorrogas posteriores	<input type="checkbox"/>		
Extendida en:	Ciudad	Siguatepeque		Departamento				
Fecha de expedición:	Día	03	Mes	Octubre	Año	2024		
Nombre del médico:	Indira Santos							
Especialidad del médico:	Ginecología							
Nombre clínica/hospital:	Simnec				Público	<input type="checkbox"/>	Privado	<input checked="" type="checkbox"/>
Fecha de inicio de incapacidad:	Día	03	Mes	10	Año	2024	Días de incapacidad	42
Fecha de finalización de incapacidad:	Día	13	Mes	11	Año	2024		

Información de forma obligatoria para recibir su petición en ventanilla

4. Documentos de soporte (marcar con una X los documentos acompañados)

Documentos originales o fotocopias autenticadas
En caso de ser extendidos en el extranjero deben ser traducidas y legalizadas.

<input checked="" type="checkbox"/>	Certificación Médica con firma y sellos (autorizado por el Colegio Médico) del médico tratante.
<input type="checkbox"/>	Certificación Médica con firma y sellos (autorizado por el Colegio Médico) del médico tratante, jefe del Departamento y Director del Hospital Público.
<input type="checkbox"/>	Certificado de Nacimiento de menor en caso de incapacidad Post Natal.
<input type="checkbox"/>	Carta poder autenticada/Poder General (en caso de ser presentada por apoderado legal).
Fotocopias	
<input type="checkbox"/>	Certificado (s) anterior (es) en caso de ser prorroga (s).
<input checked="" type="checkbox"/>	Tarjeta de identidad Derechohabiente.
<input type="checkbox"/>	Carnet de afiliación Derechohabiente.
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de identidad del gestor (a) oficioso (a).
<input type="checkbox"/>	Comprobante de vigencia de derecho.
<input checked="" type="checkbox"/>	Exámenes de laboratorio y del gabinete que apoyan el diagnostico / Recetas

Documentos requeridos de forma obligatoria para poder recibir su petición en ventanilla.

Declaro que toda la información consignada en mi solicitud es fidedigna y me comprometo a atender el requerimiento del personal administrativo y medico evaluador, caso contrario deparara en lo que hubiere lugar a derecho.

COMAYAGUA, 09 DE OCTUBRE 2024.

Firma Peticionario (a)/Gestor (a) oficiosa (a).





Barrio Zaragoza, Siguatpeque, Comayagua, RTN 03189017939819, Teléfono: 27735075
Celular: 97118704, Correo Electrónico: siguatepequemedicalcenter@gmail.com

CONSTANCIA

Por medio de la presente se hace constar que la paciente **ZELFA INDIRA CLAROS OSORIO** con número de identidad **1218-1992-00131** y número de expediente **4754** es atendida en nuestro centro asistencial por el área de ginecología, con el siguiente diagnóstico:

- 34 semanas de embarazo.

Fecha y hora de consulta: 03 de octubre del 2024, 10:00 am.

Fecha de ultima regla: 08 de febrero del 2024.

Fecha probable de parto: 14 de noviembre del 2024.

Se indica:

- **Licencia Prenatal por 42 días (cuarenta y dos días) desde el 03 de octubre del 2024 hasta el 13 de noviembre del 2024.**

Para los fines que la interesada estime convenientes, se le extiende la presente en la ciudad de Siguatpeque, Comayagua a los 03 días del mes de octubre del año 2024.



DRA. INDIRA SANTOS
GINECOLOGO OBSTETRA



SOLICITUD DE PERMISO

Funcionario Municipal Beris Melissa Rivera Paredes
Cargo Coordinadora Departamento Oficina Municipal de Turismo
Fecha solicitada 23 de octubre del 2024

MOTIVO DEL PERMISO

Salud: _____ Personal _____ Oficial clases en la universidad

- Permisos por salud adjuntar constancias médicas.
- Permisos oficiales adjuntar invitaciones




Jefe de Departamento


Jefe de Recursos Humanos



E-mail: lapazmarcala@municipalidadhn.info | alcaldia1208marcala@gmail.com

SOLICITUD DE PERMISO

Nombre del Empleado o Funcionario: Eraldo Rodríguez Díaz
Cargo: Coordinador UTAS Fecha: 24/10/2024
Departamento: UTAS Tiempo Solicitado: 1 Días
Desde el: 24 de octubre 2024 Hasta el: _____
Desde la hora: de 8: A.M Hasta la hora: 4:00 P.M.

MOTIVOS DEL PERMISO

Salud: _____ Personal: Otro: _____

Solicito que este tiempo que establece el permiso sea cargado a:

Vacaciones: _____ Sin Goce de Sueldo: _____ Con Goce de Sueldo: _____



Solicitante



Jefe del Departamento



Jefe de Persona

SOLICITUD DE PERMISO

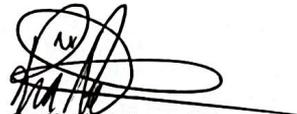
Funcionario Municipal Camen Elizabeth Rodriguez
Cargo Colectora # 7 Departamento Control Tributario
Fecha solicitada 25-10-2024 (Medio Dia) (8.AM a 1:00 PM)

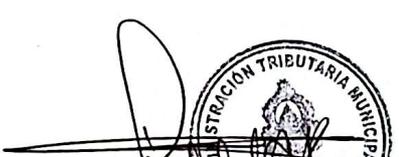
MOTIVO DEL PERMISO

Salud: Personal Oficial

Compensatorio Por día trabajado en

- Permisos por **salud** adjuntar constancias médicas.
- Permisos **oficiales** adjuntar invitaciones previa autorización de recursos humanos.


Solicitante


Jefe de Departamento


Jefe de Recursos Humanos

CONSTANCIA MEDICA

El (la) suscrito (a) Medico : Jerdy Huandez

Por medio de la presente hace constar que: Madre Carmen Elizabeth Rodriqui.

De Nacionalidad: Hondurra Edad: 38 a Estado civil: Soltera

Con DNI N° 12081986 60126 Procedente de: B° La Bolondrini.

Fue atendido (a) en el Centro Integral de Salud Marcala el día: 25-10-24.

Diagnostico: Hijo con D+ FAAB,

Indicaciones Medicas:

Asiste a consulta medica, el día de hoy.

Para fines que al (la) interesado (a) convengan se le extiende la presente en la ciudad de

Marcala, La Paz a los 25 días del mes Octubre del año: 2024

Firma y Sello Medico asistencial



SOLICITUD DE PERMISO

Nombre del Empleado o Funcionario: Raquel Alejandra Cortez Figueroa
Cargo: _____ Fecha: 25-October-2024
Departamento: Tecnico de UTAS Tiempo Solicitado: 1 Días
Desde el: 8:00 am Hasta el: 4:00 pm
Desde la hora: Viernes Hasta la hora: Viernes.

MOTIVOS DEL PERMISO

Salud: Salud Personal: _____ Otro: _____

Solicito que este tiempo que establece el permiso sea cargado a:

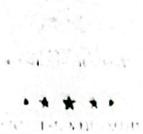
Vacaciones: _____ Sin Goce de Sueldo: _____ Con Goce de Sueldo: _____

Raquel Alejandra Cortez
Solicitante



Jefe del Departamento

[Signature]
Jefe de Personal



Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
 Región Sanitaria Departamental La Paz
 Red de Salud Marcala
 CLINICA MATERNO INFANTIL
 Cel. 96327222 correo: reddesaludmarcala@yahoo.com



CONSTANCIA MÉDICA

El (la) Suscrito (a) Médico (a): Rebeca Solmerón

Por medio de la presente HACE CONSTAR QUE: Raquel Alejandro

Goff Figueras Con identidad N° 1208-99-00059

De nacionalidad Hondureño, Edad 25 estado civil Soltero

Oficio Ing. Agroindustria, con dirección Marcala

Col. Bella Vista

Fue atendido (a) en esta Clínica Materno Infantil, el día 25/10/20

Diagnosticándole Otitis Media

Tratamiento indicado

Dolofrac, Amox + Ar. Clavulámico, Betanadina
incapacidad x 1 día



SOLICITUD DE PERMISO

Nombre del Empleado o Funcionario: DEYSI Adela Rodriguez.
Cargo: Admon Terminal de Transporte. Fecha: 25-10-24.
Departamento: Admon TBUIM. Tiempo Solicitado: 1 Días
Desde el: 28-10-24. Hasta el: 28-10-24.
Desde la hora: 8:00 Am Hasta la hora: 4:00 Pm.

MOTIVOS DEL PERMISO

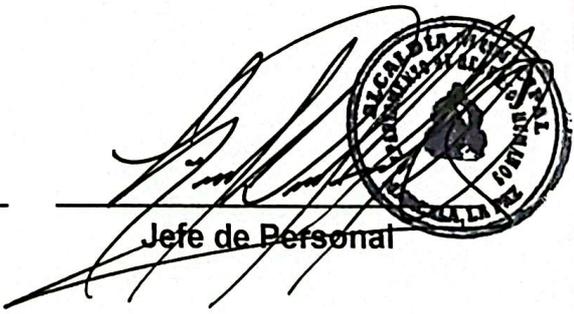
Salud: _____ Personal: Otro: _____

Solicito que este tiempo que establece el permiso sea cargado a:

Vacaciones: _____ Sin Goce de Sueldo: _____ Con Goce de Sueldo:

Deysi Rodriguez.
Solicitante

Deysi Rodriguez
Jefe del Departamento


Jefe de Personal



SOLICITUD DE PERMISO

Nombre del Empleado o Funcionario: Sady Enrique Lopez Urquiza.

Cargo: Jefe Fecha: _____

Departamento: Desarrollo Comunitario Tiempo Solicitado: 1 Días

Desde el: 31/10/24 Hasta el: 01/11/24

Desde la hora: _____ Hasta la hora: _____

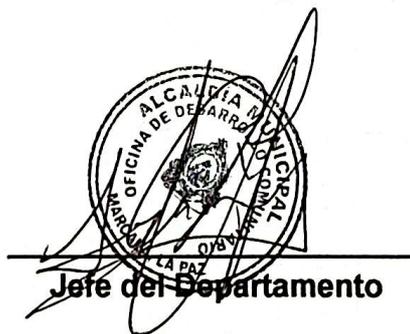
MOTIVOS DEL PERMISO

Salud: _____ Personal: Otro: _____

Solicito que este tiempo que establece el permiso sea cargado a:

Vacaciones: _____ Sin Goce de Sueldo: _____ Con Goce de Sueldo:


Solicitante


Jefe del Departamento


Jefe de Personal



ALCALDIA MUNICIPAL DE MARCALA
Marcala, ciudad de la amistad y aroma de café"



SOLICITUD DE GOCE DE VACACIONES

JEFE DE PERSONAL:

Por medio de la presente le estoy solicitando mis vacaciones correspondientes al periodo

comprendido del: 1-7-2023 al: 1-7-2024

Tiempo cumplido 1 años

Nombre del empleado: Belkis Fidelina Peier Ventura

Cargo: Logística

Departamento: Administración

Periodo durante el cual los gozara: del 8-10-2024 al 13-10-2024

Observaciones:

Firma del Empleado



Aprobado jefe de persona



B° jefe de Departamento

Original Tesorería

Copia Expediente

Edificio Municipal, Barrio San Miguel, Frente a Plaza Soberanía, Marcala, La Paz, Honduras, C.A.

Tel. (504) 2764-5329/3975

E-mail: alcaldiademarcala@yahoo.es
www.facebook.com/alcaldiademarcala1208



SOLICITUD DE GOCE DE VACACIONES

JEFE DE PERSONAL:

Por medio de la presente le estoy solicitando mis vacaciones correspondientes al periodo

comprendido del: 14/10/2024 al: 22/10/2024

Tiempo cumplido 3 años

Nombre del empleado: Jeison Abehil Carlos Fracia

Cargo: Cajero

Departamento: Tesorería

Periodo durante el cual los gozara: del 14 al 22

Observaciones:


Firma del Empleado


V° B° jefe de Departamento


TESORERIA MUNICIPAL
2022-2026
MARCALA, LA PAZ


Aprobado jefe de personal


ALCALDIA MUNICIPAL
MARCALA, LA PAZ

Original Tesorería
Copia Expediente

Edificio Municipal, Barrio San Miguel, Frente a Plaza Soberanía, Marcala, La Paz, Honduras, C.A.

Tel. (504) 2764-5329/3975

E-mail: alcaldiamarcala@yahoo.es
www.facebook.com/alcaldiamarcala1208



SOLICITUD DE GOCE DE VACACIONES

JEFE DE PERSONAL:

Por medio de la presente le estoy solicitando mis vacaciones correspondientes al periodo comprendido del: 07 de Enero de 2024 al: 31 de Diciembre de 2024

Tiempo cumplido dos años

Nombre del empleado: Enrique Alfredo Lopez Gaitan

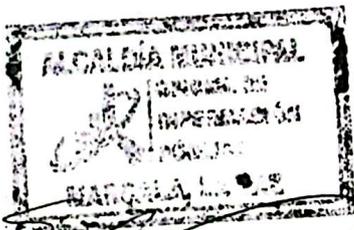
Cargo: Oficial de Información Pública

Departamento: Oficina de Información Pública

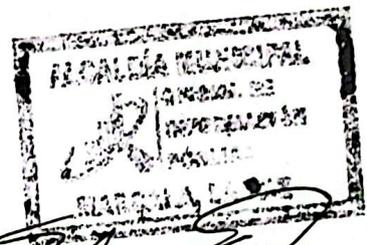
Periodo durante el cual los gozara: del 27/10/24 al 29/10/24

Observaciones:

Presentandome a labores el 30/10/24



Firma del Empleado



V° B° jefe de Departamento



Aprobado jefe de personal

Original Tesorería

Copia Expediente

Edificio Municipal, Barrio San Miguel, Frente a Plaza Soberanía, Marcala, La Paz, Honduras, C.A.

Tel. (504) 2764-5329/3975

E-mail: alcaldiademarcala@yahoo.es
www.facebook.com/alcaldiademarcala1208



SOLICITUD DE GOCE DE VACACIONES

JEFE DE PERSONAL:

Por medio de la presente le estoy solicitando mis vacaciones correspondientes al periodo

comprendido del: 01 junio 2023 al: 01 junio 2024.

Tiempo cumplido 1 años

Nombre del empleado: Carmen Elizabeth Rodriguez Hernandez

Cargo: Colectora #1

Departamento: Control Tributario

Periodo durante el cual los gozara: del 28 octubre al 01 Noviembre

Observaciones:

Vacaciones

Firma del Empleado

Aprobado jefe de personal



7° B° jefe de Departamento



Original Tesorería

Copia Expediente

Edificio Municipal, Barrio San Miguel, Frente a Plaza Soberanía, Marcala, La Paz, Honduras, C.A.

Tel. (504) 2764-5329/3975

E-mail: alcaldiamarcala@yahoo.es
www.facebook.com/alcaldiamarcala1208