

Tegucigalpa, M.D.C 21 de noviembre de 2024

Circular No. 23-CYR-2024

Señores
Encargado de Personal de las Direcciones Generales,
Jefes de Unidades, Departamentos y Programas a Nivel Central.
Su Oficina.

Reciban un cordial y respetuoso saludo.

Por medio de la presente y en seguimiento a la optimización de los procesos dentro del departamento; se notifica la implementación del nuevo formato para el **Control de Presentación de Justificaciones**, las cuales serán enviadas al Departamento de Control y Registro, esto con la finalidad de mejorar y ordenar el procedimiento de remisión de las justificaciones.

Para ello se comparte el formato a utilizar el cual será efectivo a partir de la presentación de las justificaciones del mes de noviembre las que se realizarán en los primeros cinco (5) días hábiles del mes de diciembre del presente año.

Se adjunta el ejemplo de como debe completarse el formato, y además se proporcionará el archivo editable en Excel para que puedan registrar las justificaciones en el mismo.

Agradeciendo su fina atención a la presente.

Atentamente.



Lic. Luis Fernando Molina
Jefe de Control y Registro



escribir fecha que se entrega las justificaciones

FECHA: _____

OFICIO _____

LIC. LUIS MOLINA FERNANDO MOLINA
JEFE DEPARTAMENTO CONTROL Y REGISTRO
SECRETARIA DE SALUD
SU OFICINA

ESTIMADO LIC. MOLINA
POR ESTE MEDIO REMITO A USTED LAS JUSTIFICACIONES CORRESPONDIENTE AL MES DE XX DE 2024 DEL DEPARTAMENTO

las personas que presentaron justificaciones en listarlas por orden alfabético.

1. NOMBRE COMPLETO: _____ NO. DNI (_____)

CODIGO DE MARCAJE XXXX	HORARIO DE TRABAJO DEL EMPLEADO	FECHA	ENTRADA/SALIDAD	PERMISO	REUNION	TALLER	GIRA	INCAPACIDAD	OTROS	OBSERVACIONES
1	A.M / P.M	VIERNES "X"	TODO EL DIA					INCAPACIDAD		LA INCAPACIDAD FUE POR CLINICA PRIVADA
2	A.M / P.M	LUNES "X"	4 DIAS COMPLETOS				LUNES 11 AL JUEVES 14			OFICIO "X" DE LA GIRA
3	A.M / P.M	MIERCOLES "X"	ENTRADA 10:00 A.M	POR 2 HORAS. REUNION EN LA ESCUELA DEL HIJO.						SE ADJUNTA EL DEBIDO SOPORTE QUE SI TUBO LA REUNION EN LA ESCUELA DEL HIJO.
4	A.M / P.M	VIERNES "X"	SALIDA 1:00 P.M		REUNION EN OPS					LISTADO QUE CONFIRMA SU ASISTENCIA A LA REUNION
5	A.M / P.M	MARTES 3 Y EL 4	ENTRADA 11:00 A.M POR DOS DIAS			TALLER EN X				LISTADO QUE CONFIRMA SU ASISTENCIA AL TALLER
6	A.M / P.M	JUEVES "X"	SALIDA 2:00 P.M						PERMISO LABORAL, DEJAR DOCUMENTO AL XX	HOJA FIRMADA Y SELLADA POR EL JEFE DEL PERMISO.

2. NOMBRE COMPLETO: _____ NO. DNI (_____)

CODIGO DE MARCAJE XXXX	HORARIO DE TRABAJO DEL EMPLEADO	FECHA	ENTRADA/SALIDAD	PERMISO	REUNION	TALLER	GIRA	INCAPACIDAD	OTROS	OBSERVACIONES
1	A.M / P.M	VIERNES 27	SALIDA 2:00 P.M	PERMISO POR MALESTAR ESTOMACAL						ADJUNTO NOTA QUE ASISTIO AL MEDICO.

3. NOMBRE COMPLETO: _____ NO. DNI (_____)

CODIGO DE MARCAJE XXXX	FECHA	ENTRADA/SALIDAD	PERMISO	REUNIONE	TALLER	GIRA	INCAPACIDAD	OTROS	OBSERVACIONES
1	MARTES 26 Y MIERCOLES 27	DOS DIAS COMPLETOS							SE ADJUNTA INCAPACIDAD MEDICA DE SU HIJA. SEGU LA NOTA INDICA 2 DIAS DE REPOSO.
2	VIERNES 22	DIA COMPLETO						CUIDADOS MATERNOS DIA COMPENSATORIO	SE ADJUNTA OF. XXX

DEPARTAMENTO DE

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



EN EL DEPARTAMENTO SOMOS UN TOTAL DE XX FUNCIONARIOS DE LOS CUALES XX PRESENTARON JUSTIFICACIONES EN EL MES DE XX. LAS CUALES SE DETALLARON ANTERIORMENTE EN ESTE OFICIO.

ACONTINUACION SE EN LISTA EL PERSONAL QUE **NO** SOLICITO NINGUN TIPO DE PERMISO EN EL MES

NO	NOMBRE COMPLETO	CODIFO DE MARCAJE	DNI
1			
2			
3			
4			

Si no hubo observaciones en el mes del personal, colocar no hubieron observaciones en el mes.

ACONTINUACION SE DETALLAN LAS PERSONAS QUE TIENEN **OBSERVACIONES** PARA ESTE MES XX

OBSERVACIONES	
1	EL FUNCIONARIO XX DEPENDIA DE ESTE DEPTO, PERO EL 22 DE XX FUE TRASLADADO AL DEPTO XX LO CUAL SE ADJUNTA OFICIO. XXX DONDE NOTIFICA SU TRASLADO.
2	EL FUNCIONARIO XX DEPENDIA DE ESTE DEPTO. PERO EL 20 DE ESTE MES RENUNCIO, SE ADJUNTA HOJA DE RENUNCIA
3	EL 30 DE XX EL FUNCIONARIO XX INGRESO A LABORAR PARA ESTE DEPTO.
4	LA FUNCIONARIA XX PERTENECE A ESTE DEPTO. PERO SOLICITO LICENCIA NO REMUNERADA APARTIR DE LA FECHA XX LO CUAL SE ADJUNTA OF.XX

ATENTAMENTE

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL DEPTO.