



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

CERTIFICADO N° 0352033

FECHA DE EXPEDICION

18 03 17
DIA MES AÑO

NUMERO: 1007198400107

NOMBRE: Gracia Regina Izaguirre Dominguez

No. IDENTIDAD: 1007198400107

UNIDAD: [] [] [] SERVICIO: 60 No. Colegio Médico: 04712

PATRONO: Fondo Vial

No. PATRONAL: 1101200001741

ENFERMEDAD COMUN
 ACCIDENTE COMUN
 ACCIDENTE DE TRABAJO
 ENFERMEDAD PROFESIONAL
 PRE-NATAL
 POST-NATAL

PERIODO DE INCAPACIDAD

DESDE: 03 08 17 AL: 12 09 17 DIAS OTORGADOS: 042
DIA MES AÑO DIA MES AÑO

HOSPITALIZACION

FECHA HOSPITALIZACION: [] [] [] DIA MES AÑO

FECHA DE ALTA: [] [] [] DIA MES AÑO

MATERNIDAD

FECHA PROBABLE DE PARTO: 13 09 17 DIA MES AÑO

FECHA DE NACIMIENTO: [] [] [] DIA MES AÑO

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FIRMA Y SELLO JEFE DE DEPARTAMENTO

FECHA DEL ACCIDENTE: [] [] [] DIA MES AÑO

RECORTE AQUI

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL
 GERENCIA REGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
 SUB-GERENCIA DE SUBSIDIOS
 CONSTANCIA PARA COBRAR EL SUBSIDIO

CERT. N° 0352033

EL PATRONO: Fondo Vial No. 101200001741

HACE CONSTAR QUE EL ASEGURADO: Gracia Regina Izaguirre Dominguez

No. de AFILIACION: 1007198400107 TARJETA DE IDENTIDAD: 1007198400107

A la fecha continúa siendo un trabajador de mi empresa o negocio (caso contrario indique la causa en observaciones) y por razones de salud no labora desde el 03 de Agosto de 17

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:

TEG. M.D.C 25-JUNIO-2017

Lugar y Fecha

FIRMA Y SELLO DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE

Sello y Firma del Patrono o su Representante

CODIGO No. 2300023