



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA
DESARROLLO HUMANO**



CIRCULAR

A todo el personal de la Municipalidad de San Pedro Sula, se le comunica que por disposiciones del INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (I.H.S.S.) al momento de recibir incapacidad por parte de este, el empleado debe verificar que el médico tratante llene correctamente dicho documento, el cual deberá contener sin falta lo siguiente: Numero de afiliación, nombre completo, numero de identidad, unidad, servicio, numero de Colegio Médico, Patrono, Numero Patronal, Periodo de la Incapacidad (desde y hasta cuando, y días otorgados), fecha de expedición y tipo de incapacidad. Asimismo cerciorarse de que para la incapacidad de cuatro (4) días en adelante, el documento de incapacidad debe traer tres firmas y sellos que corresponden al médico tratante, Dirección Médica y Jefe de Departamento. Además asegurarse de recibir la hoja blanca y hoja rosada. Posteriormente el empleado debe de entregar en tiempo y forma la incapacidad inmediatamente que la recibe sin alteraciones, de lo contrario se deducirá de su salario.

La Municipalidad les agradece su atención ya que esta información es para el beneficio y bienestar de todos los empleados.

Lic. Osmar Lenin Castellanos
Coordinador de Relaciones Laborales



INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
TEMPORAL

CERTIFICADO No. 255250

FECHA DE EXPEDICION



NUMERO ~~XXXXXXXXXXXXXX~~
 NOMBRE: Jose Salvador Cabañas
 No. IDENTIDAD ~~XXXXXXXXXXXXXX~~
 UNIDAD ~~XXXX~~ SERVICIO ~~XX~~ No. Colegio
 Médico
 PATRONO: Municipalidad de San Pedro Sula
 No. PATRONAL ~~XXXXXXXXXXXXXX~~



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

PERIODO DE INCAPACIDAD

DESDE AL

DIA MES AÑO DIA MES AÑO

DIAS OTORGADOS

HOSPITALIZACION					
FECHA HOSPITALIZACION					
	DIA	MES	AÑO		
FECHA DE ALTA					
	DIA	MES	AÑO		

DIA _____ MES _____ AÑO _____
 1. FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

2. FIRMA Y SELLO JEFE DE DEPARTAMENTO
 3. FIRMA Y SELLO GINECOLOGIA ORTOPEDIA S.P.S.

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

DIAGNOSTICO: Dedo en garlito medio izquierdo y anular derecho

GERENCIA REGIMEN DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE
SUB-GERENCIA DE SUBSIDIOS

CERT. No. 3562

SALARIOS DE COTIZACION			SALARIO BASE DIARIO
MES	DIAS	CANTIDAD	
			SUBSIDIO DIARIO
			66%
TOTALES			50%

TOTALES					
DIAS OTORGADOS		DIAS A PAGAR		TOTAL A PAGAR	

FECHA DE LIQUIDACION

DIA		MES		AÑO	

DETALLE DE PLANILLAS

[illegible]

FIRMA DEL LIQUIDADOR

FIRMA DEL REVISOR

CODIGO No. 500502 CODIGO No. 2300023