



**UNAH**  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE HONDURAS

**Secretaría Ejecutiva Desarrollo de Personal**  
**Dirección de Carrera Administrativa**  
Departamento de Efectividad del Recurso Humano  
Seguimiento de Incapacidades (Mayor a 5 días)



**SEDP**  
SECRETARÍA EJECUTIVA DE  
DESARROLLO DE PERSONAL

Forma N.04B-DERH/SEDP

I.-	<b>Datos Generales</b>		
	Fecha de Elaboración	N° Oficio	
	Unidad Laborante:		
II.-	<b>Datos Generales del Empleado</b>		
	Nombre:	N° de Empleado	
III.-	Tipo de Incapacidad	IHSS	Refrendo
IV.-	<b>Presunción del Riesgo</b>		
		Enfermedad Común	Pre - Natal
		Accidente Común	Post - Natal
		Accidente de Trabajo	
		Enfermedad Profesional	
V.-	<b>Duración de la Incapacidad</b>		
	Fecha Inicio	Fecha Final	Total Días
VI.-	<b>Observaciones</b>		

ABOGADO CARLOS DANIEL SÁNCHEZ LOZANO / SECRETARIO EJECUTIVO DE DESARROLLO DE PERSONAL / U.N.A.H.

Por medio de la presente y en base a lo establecido en la Circular # 35-2023, relacionado con las ARCLs y la ley del IHSS y su reglamento; muy respetuosamente le solicito; aceptar la incapacidad por el tiempos arriba descrito, esto conforme al cumplimiento de todos los requisitos previos y documentos que se adjuntan, donde se acreditan los detalles de la acción solicitada; **para continuar con el tramite correspondiente.**

Muy atentamente,

Firma Solicitante

V°B° Jefe o Coordinar de Unidad

V°B° Decano / Director;  
Autoridad Superior de Unidad o Centro Regional

Firma y sello Unidad Regional de RRHH  
Para Uso exclusivo de Centros regionales

Original: S.E.D.P.  
CC: