

**UNAH**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS

Secretaría Ejecutiva Desarrollo de Personal
Dirección de Carrera Administrativa
Departamento de Efectividad del Recurso Humano
Seguimiento de Incapacidades (Hasta por 5 días)

**SEDP**
SECRETARÍA EJECUTIVA DE
DESARROLLO DE PERSONAL

Forma N.04A-DERH/SEDP

I.-	Datos Generales		
	Fecha Elaboración		<input type="text"/>
	<input type="text"/> Unidad Laborante		
II-	Datos Generales del Empleado:		
Nombre:		<input type="text"/> Nº de Empleado	
III-	Type of Disability	IHSS <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>
IV.-	Presunción del Riesgo		
	<input type="checkbox"/> Enfermedad Común	<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/> Accidente Común
V.-	Duración de la Incapacidad		
	<input type="text"/> Fecha de Inicio	<input type="text"/> Fecha Final	<input type="text"/> Total Días
VI.-	Observaciones		

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, muy respetuosamente le solicito; aceptar la incapacidad por los tiempos arriba descritos a favor de los empleados enumerados, esto conforme al cumplimiento de todos los requisitos previos y documentos que se adjuntan, donde se acreditan los detalles de la acción solicitada.

Muy atentamente,

Firma Solicitante

Firma/Nombre de Jefe UnidadOriginal: S.E.D.P.
CC: