



Ciudad Universitaria, 29 de abril de 2024

JUNTA DIRECTIVA  
S-353-2023-2025

Para su conocimiento y efectos legales consiguientes, transcribo el **Acuerdo No. 353, Punto VII, Literal a) del Acta No. 017-2023-2025**, de Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Naturales y Matemática tomado en Sesión Ordinaria el día 23 de abril de 2024, que literalmente dice:

**VII Literal a)** Solicitud de permiso por incapacidad médica del ISSS por 45 días a favor de la MSc. [REDACTED] docente de la Escuela de Biología.

Conocida la solicitud enviada por la Directora de la Escuela de Biología de la Facultad de Ciencias Naturales y Matemática sobre incapacidad médica emitida por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social por el periodo del 02 de abril al 18 de mayo de 2024, a favor de la M.Sc. [REDACTED] Docente de la Escuela de Biología y de conformidad a lo establecido en los Artículos 35 y 36 del Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador. La Junta Directiva con cinco (5) votos a favor, cero (0) votos en contra y cero (0) votos en abstenciones, **ACUERDA:**

- A. Aprobar la incapacidad médica por 45 días, del 02 de abril al 18 de mayo de 2024; emitida por el ISSS a favor de M.Sc. [REDACTED] Docente de la Escuela de Biología, de la Facultad de Ciencias Naturales y Matemática. Durante su incapacidad la Asignatura que la Maestra Tejada coordina estará bajo la responsabilidad del Lic. [REDACTED]
- B. Notifíquese.

Atentamente,



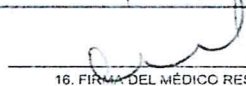
“HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA”

  
Angela Gudelia Portillo de Pérez  
SECRETARIA-FCNM-UES  


Copia: Escuela de Biología, Administración Financiera, Recursos Humanos, Interesada, Archivo

/ccc

INCAPACIDADES QUE NO GENERAN SUBSIDIOS

 <b>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL</b> CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)						1. SELLO DE CLÍNICA O SERVICIO 
2. RIESGO Enferm. Común 1 <input type="checkbox"/> Enferm. Profes. 2 <input type="checkbox"/> Accid. Común 3 <input checked="" type="checkbox"/> Accid. de Trab. 4 <input type="checkbox"/> Mater-nidad 5 <input type="checkbox"/>					3. TIPO DE INCAPACIDAD INICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PRÓRROGA <input type="checkbox"/>	
4. TIPO DE TRABAJADOR Regimen General <input checked="" type="checkbox"/> Trab. Indep. 2 <input type="checkbox"/>						
5. NOMBRE DEL ASEGURADO [REDACTED]						6. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN # [REDACTED]
7. SEXO 1 M <input type="checkbox"/> 2 F <input checked="" type="checkbox"/>		8. DIRECCIÓN Departamento: <u>Morazan</u> Municipio: <u>Morazan</u> Calle: <u>Col. Lacamil Pie 5 #32</u> N°: <u>5</u> Colonia o Barrio: <u>5</u>				9. OCUPACIÓN <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> CARNE MINORIDAD <input checked="" type="checkbox"/> AFILIACIÓN
10. NOMBRE DEL PATRONO					11. No. PATRONAL	
12. DÍAS DE INCAPACIDAD DESDE: E F M A M J J A S O N D 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 E F M A M J J A S O N D 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 (X marks are present on days 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 in the first row and 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 in the second row)						
Total de días: (en números) <u>45 días</u> (En letras) <u>Cuarenta y cinco</u>					13. FECHA DE EXPEDICIÓN <u>08 ABR 2024</u>	
14. NOMBRE DEL EMPLEADOR <b>Diana Ruiz</b> SECRETARIA		15. NOMBRE Y CÓDIGO DEL MÉDICO Dr. Gerardo Alfonso Escobar Soriano DOCTOR EN MEDICINA J.V.P.M. No. 5733			16. FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE 	
17. DIAGNÓSTICO <u>Fractura de humero derecho</u>						
18. OBSERVACIONES DEL CENTRO DE ATENCIÓN					19. SERIE <b>E N° 809564</b>	

IMPORTANTE: GUARDE ESTA INCAPACIDAD PUES EN CASO DE OTORGÁRSELE PRÓRROGA LE SERÁ VÁLIDA PARA EL TRAMITE DE SUBSIDIO.

C.SA.FISSS 130201023