



REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL  
SAN NICOLAS, SANTA BARBARA, HONDURAS C.A

Esquina del Parque Central, Tel. (504)2657-7033 (504)2657-3349  
Mails: [munisannicolassb@yahoo.com](mailto:munisannicolassb@yahoo.com)

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.**

Nosotros, **CARMEN ALICIA PAZ RODRÍGUEZ** mayor de edad, **Soltera, Lic. En Educación**, hondureña, con número de tarjeta de identidad **1601-1978-00517** y con residencia en el Municipio de San Nicolás, Departamento de Santa Bárbara, actuando en su condición de Alcaldesa Municipal, electo el 26 de Noviembre del año 2017 con Credencial Extendida por el Tribunal Supremo Electoral (TSE) quien actúa en su condición de Representante Legal de la Corporación Municipal de **San Nicolás**, Departamento de **Santa Bárbara**, según el artículo 44 de la Ley de Municipalidades, quien en lo sucesivo se denominara "CONTRATANTE" y Berilio Otoniel Mencía Gonzales, mayor de edad, Casado, Doctor en medicina general, hondureño con residencia en el barrio en las galeras una cuadra antes del desvío a la corte suprema de justicia del Departamento de Santa Bárbara, con tarjeta de identidad No 1601-1986-00383 quien de ahora en adelante se denominará el CONTRATADO, hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

**PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS:** "EL CONTRATANTE" declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **MÉDICO GENERAL** quien tendrá su sede en el Municipio de San Nicolás. Departamento de Santa Bárbara, en el **CENTRO DE TRIAJE**, Ubicado en el anexo al Centro de Salud Josefa Tercero.

**SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS:** **EL CONTRATADO**, se compromete a ejecutar las funciones siguientes:

- ❖ Atender a pacientes, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento





REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL  
SAN NICOLAS, SANTA BARBARA, HONDURAS C.A

Esquina del Parque Central, Tel. (504)2657-7033 (504)2657-3349  
Mails: [munisannicolassb@yahoo.com](mailto:munisannicolassb@yahoo.com)

correspondiente a pacientes con covid-19

- ❖ Practicar control de pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén a su cuidado (covid-19)
- ❖ Revisar expedientes, autorizar salidas e internamientos de pacientes con covid-19
- ❖ Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta relacionadas a covid-19.
- ❖ Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados a pacientes con covid-19
- ❖ Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo con relación al covid-19
- ❖ Hacer exámenes.

**CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este **CONTRATO** tendrá una duración de dos (2) meses contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: EL** **CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de Veintinueve Mil Trescientos treinta y siete Lempiras con sesenta y tres centavos (**Lps. 29,337.63**) mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos municipales.

**CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será por turnos de seis horas de lunes a viernes, establecidos por **EL CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.





REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL  
SAN NICOLAS, SANTA BARBARA, HONDURAS C.A

Esquina del Parque Central, Tel. (504)2657-7033 (504)2657-3349  
Mails: [munisannicolassb@yahoo.com](mailto:munisannicolassb@yahoo.com)

**CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCIONES. EL CONTRATADO** autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta.

**CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES:** Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, **EL CONTRATADO** se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción judicial. **EL CONTRATADO** contratará y mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el período de **EL CONTRATO. EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que **EL CONTRATADO** o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

**CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito

**CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO.** Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de **EL CONTRATO** sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por





REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL  
SAN NICOLAS, SANTA BARBARA, HONDURAS C.A

Esquina del Parque Central, Tel. (504)2657-7033 (504)2657-3349

Mails: [munisannicolassb@yahoo.com](mailto:munisannicolassb@yahoo.com)

los derivaciones de este **CONTRATO**.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país. **ACEPTACIÓN FINAL.** Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento.

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en El Municipio de San Nicolás, Departamento de Santa Bárbara a los Siete días del mes de Junio del año 2021

  
CONTRATANTE  
Lic: Carmen Alicia Paz Rodríguez  
Alcaldesa Municipal

  
CONTRATADO  
Bertilio Otoniel Mencia Gonzales  
Medico General





REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL  
SAN NICOLAS, SANTA BARBARA, HONDURAS C.A

Esquina del Parque Central, Tel. (504)2657-7033 (504)2657-3349  
Mails: [munisannicolassb@yahoo.com](mailto:munisannicolassb@yahoo.com)

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.**

Nosotros, **CARMEN ALICIA PAZ RODRÍGUEZ** mayor de edad, **Soltera**, **Lic. En Educación**, hondureña, con número de tarjeta de identidad **1601-1978-00517** y con residencia en el Municipio de San Nicolás, Departamento de Santa Bárbara, actuando en su condición de Alcaldesa Municipal, electo el 26 de Noviembre del año 2017 con Credencial Extendida por el Tribunal Supremo Electoral (TSE) quien actúa en su condición de Representante Legal de la Corporación Municipal de **San Nicolás**, Departamento de **Santa Bárbara**, según el artículo 44 de la Ley de Municipalidades, quien en lo sucesivo se denominara“ **CONTRATANTE** y Maria Magdalena Vallecillo, mayor de edad, Soltera, Auxiliar de enfermería, hondureña con residencia en la comunidad de las Flores de esta Cabecera Municipal de San Nicolás, del Departamento de Santa Bárbara, con tarjeta de identidad No 1622-1980-00172 quien de ahora en adelante se denominará el **CONTRATADO**, hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial “Fuerza Honduras” mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

**PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS:** “EL **CONTRATANTE**” declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **MÉDICO GENERAL** quien tendrá su sede en el Municipio de San Nicolás. Departamento de Santa Bárbara, en el **CENTRO DE TRIAJE**, Ubicado en el anexo al Centro de Salud Josefa Tercero.

**SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS:** **EL CONTRATADO**, se





REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL  
SAN NICOLAS, SANTA BARBARA, HONDURAS C.A

---

Esquina del Parque Central, Tel. (504)2657-7033 (504)2657-3349  
Mails: [munisannicolassb@yahoo.com](mailto:munisannicolassb@yahoo.com)

compromete a ejecutar las funciones siguientes:

- ❖ Atender a pacientes, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento correspondiente.
- ❖ Practicar control de pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén a su cuidado.
- ❖ Revisar expedientes, autorizar salidas e internamientos de pacientes.
- ❖ Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.
- ❖ Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.
- ❖ Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.
- ❖ Realizar el aseo general del centro de triaje .

**CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este **CONTRATO** tendrá una duración de dos (2) meses contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO:** **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de Doce Mil Seiscientos Lempiras Exactos (**Lps. 12,600.00**) mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos municipales .

**CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será por turnos de seis horas de lunes a viernes, establecidos por **EI CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.





REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL  
SAN NICOLAS, SANTA BARBARA, HONDURAS C.A

Esquina del Parque Central, Tel. (504)2657-7033 (504)2657-3349  
Mails: [munisannicolassb@yahoo.com](mailto:munisannicolassb@yahoo.com)

**CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCIONES. EL CONTRATADO** autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta.

**CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES:** Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, **EL CONTRATADO** se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción judicial. **EL CONTRATADO** contratará y mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el período de **EL CONTRATO**. **EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que **EL CONTRATADO** o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

**CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito

**CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO.** Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de **EL CONTRATO** sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por





REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL  
SAN NICOLAS, SANTA BARBARA, HONDURAS C.A

Esquina del Parque Central, Tel. (504)2657-7033 (504)2657-3349  
Mails: [munisannicolassb@yahoo.com](mailto:munisannicolassb@yahoo.com)

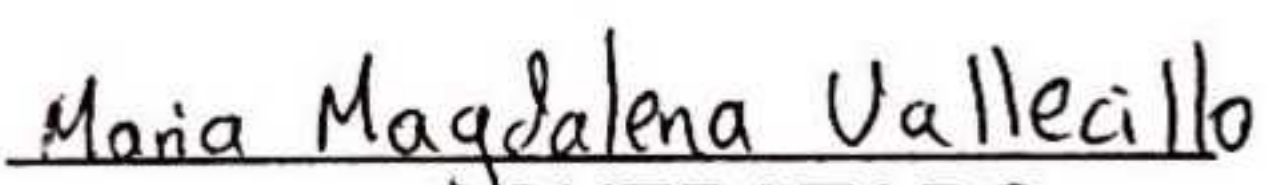
los derivaciones de este **CONTRATO**.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país. **ACEPTACIÓN FINAL.** Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento.

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en El Municipio de San Nicolás, Departamento de Santa Bárbara a los Siete días del mes de Junio del año 2021

  
CONTRATANTE  
Lic. Carmen Alicia Paz Rodríguez  
Alcaldesa Municipal



  
CONTRATADO  
María Magdalena Vallecillo  
Auxiliar en enfermería