Honduras, C.A.

LIMÓN, COLON
EJERCICIO: 2021

# Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Emisión: 02/08/2021
Hora : 03:41 p.m.
USUARIO: YENI.CERNA


Orden de Pago No.: 24327
L.: 12,600.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 1994
Fecha de Emision: 2/8/2021
No.Cheque/Nota de Debito:
Paguese a: MARIA EUGENIA CASTRO MARTINEZ Id/RTN: 0101199901756
La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Personal de Salud(Auxiliar de Enfermería)que Presta sus Servicios en el Centro de Triaje del Municipio de Limón Correspondiente al Mes de Julio del Año 2021 en el MARCO DEL PROGRAMA FUERZA HONDURAS COVID-19.

| CODIGO | PROYECTO / OBJETO GASTO | MONTO |
|---|---|---|
| 11 08 000 001 000 55110 11-011-05 | Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central | 12,600.00 |

**RETENCIONES**

| CODIGO | DESCRIPCION | MONTO |
|---|---|---|
| 202 | RETENCION DE ISR | 1,575.00 |
| | **Total de retenciones:** | **1,575.00** |

**RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS**

| CODIGO | DESCRIPCION | MONTO |
|---|---|---|
| 11-011-05 | Transferencia de Emergencia COVID-19 OPERACIÓN FUERZA HONDURAS | 12,600.00 |
| | **Monto Total:** | **12,600.00** |

**RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO**

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 12,600.00 |
| - RETENCIONES | 1,575.00 |
| **TOTAL** | **11,025.00** |

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por: Maria Eugenia Castro Martinez
Identidad No.: 0101-1999-01756

0s+js/j9JmeduDjLF5IPZTRbxfy/uuCakbRdG/jav7S9vruFIxfCwpxtidqOE0/wXAhIWxCa+KE1dBvoZXrVC/KK9gkoHaLB14ebEKw5OJEtMXUKmSuFD2UeQ26BGOcY
wk5x5opPG1QaFoKww35Lmnn6RoIOIs/8

**MUNICIPALIDAD DE LIMON**
COLON, HONDURAS, C.A.
Cuenta No. 17100009897

LIMON COLON, HOND. C.A.

**CHEQUE No.** 00002139

Limón Colon 02/Agosto/2021
Lugar y Fecha

-Maria Eugenia Castro Martinez — L 11,025.00
Páguese a la orden de

Son Once mil veinte y cinco lps con 00/100 — Lempiras
Cantidad en letras

**Banco Atlántida**
Banco Atlántida, S.A.

Firma(s)

⑆0101702⑆⑆0001710000989 7⑈00002139

## CONCEPTO DE PAGO

| NUMERO DE CUENTA | CONCEPTO | DEBE | HABER |
|---|---|---|---|
| | Pago Personal de Salud (Auxiliar de Enfermeria que presta sus servicios en el Centro de Triaje del Municipio de Limón | 11,025.00 | |

| CHEQUE No. 00002139 | CONTABILIZADO POR | REVISADO POR | AUTORIZADO POR | RECIBI CONFORME |
|---|---|---|---|---|
| | Seily López | | Jorge O. Martinez | Maria Eugenia Castro Martinez |

R.R. DONNELLEY DE HONDURAS, S.A. DE C.V.

---

Fecha 2 de agosto del 2021 **POR L.** 12,600.00

Recibí de: Municipalidad de Limón
La Cantidad de: Doce mil Seicientos exactos Lempiras
Por Concepto de: Personal de salud (Auxiliar de Enfermeria) que presta sus servicios en el Centro de Triaje del Municipio de Limón correspondiente al mes de julio del año 2021 en el MARCO DEL PROGRAMA FUERZA HONDURAS COVID-19

| | | |
|---|---|---|
| Saldo Anterior | L. | 12,600.00 |
| Abono Hoy | L. | 12,600.00 |
| Saldo Actual | L. | 0.00 |

Maria Eugenia Castro Martinez
Firma Autorizada

0101-1999-01756

## SOLICITUD DE PAGO

**Limón, Colón 23 de Julio del Año 2021**

**Sr. Jorge O. Martínez**
**Alcalde Municipal de Limón**
**Su Oficina**

Reciba un Cordial Saludo.

Por medio de la misma solicito el pago de la Enfermera Auxiliar la Joven: **MARIA EUGENIA CASTRO MARTINEZ** Con Numero de Identidad **0101-1999-01756** correspondiente al mes de Julio del Año 2021 por el trabajo desempeñado en el Centro de Triaje del Municipio de Limón, Ubicado en el Centro de Salud del Casco Urbano.

.

De Antemano agradezco su fina atención.

DIRECCION MUNICIPAL

**Dra. Diriam Salguero**
**Coordinadora de Salud**
**Municipal de Limón**

# MUNICIPALIDAD DE LIMON

**Limón, Colón. Honduras, C.A.**

## CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, **JORGE ORLANDO MARTINEZ TORRES**, Mayor de Edad, Casado, Hondureño, Vecino de este Municipio de Limón, con Identidad Numero 0208-1968-00261 actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Limón quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **MARIA EUGENIA CASTRO MARTINEZ**, Mayor de Edad, Soltera, Vecino de Este Municipio de Limón, con Identidad Numero 0101-1999-01756, quien para los mismos efectos 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:

**CLÁUSULA 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 de la Enfermera Auxiliar de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **ENFERMERA AUXILIAR** quien tendrá su sede en el Municipio de Limón, en el **CENTRO DE TRIAJE LIMON.**

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

Cumplimiento de Órdenes Médicas.

Atención de los Pacientes (Toma de Signos Vitales, Aplicación de Medicamentos, Higiene del Paciente Entre Otros.

Ejecución de Charlas Educativas a los Pacientes.

Conservar Limpio y Disponible el Material de los Pacientes.

Llevar el Control de la Ropa de Cama.

Orientación del Paciente.

Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.

**CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este **CONTRATO** tendrá una duración de Tres (3) 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 como Enfermera Auxiliar; 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 transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras.

**CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será por turnos de Ocho horas de Lunes a Domingo, turnos que serán rotativos, 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.

**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 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 Limón a los Veintidós (22) días del mes de Junio del año 2021.

Jorge O. Martínez Torres
Alcalde Municipal

MUNICIPALIDAD DE LIMON
ALCALDE MUNICIPAL
2018-2022
LIMÓN, COLÓN

María Eugenia Castro Martínez
María E. Castro Martínez
Contratista

**Currículum vitae**

## INFORMACIÓN PERSONAL

| | |
|---|---|
| **Nombre completo:** | María Eugenia Castro Martínez |
| **Número de identidad:** | 0101-1999-01756 |
| **Lugar de nacimiento:** | La Ceiba Atlántida |
| **Fecha de nacimiento:** | 06 de septiembre de 199 |
| **Edad:** | 22 años |
| **Nacionalidad:** | Hondureña |
| **Estado Civil:** | Soltera |
| **Lugar de Residencia:** | Col. Brisas de Saldo |
| **Teléfono:** | 3208-0032 |

## FORMACIÓN ACADÉMICA

- **Educación Primaria:** Esc. Ramón Montoya y Francisco Morazán
- **Educación Secundaria:** Inst. Polivalente Abel Gonzáles Caballero
- **Títulos Obtenidos:** bachillerato Técnico Profesional en contaduría y finanzas

## CURSOS REALIZADOS

- **Certificado de Enfermería (CAE).**
- **Diploma de 1er Batallón de Infantería Marina.**
- **Diploma del Cuarto Batallón de Infantería.**
- **Diploma de Reconocimiento de las Fuerzas Armadas de Honduras.**
- **Diploma de CEPROSAF, Noviembre 2017.**
- **Diplomas de SEPROSAF, Septiembre 2018.**
- **Diploma de Enfermería (CAE).**
- **Diploma de USAID, ONU, y Humanos en Acción.**
- **Diploma de Enfermería (CAE), Participación en el V Congreso Estudiantil Nacional 2018.**

## REFERENCIAS PERSONALES

- **Doctora Tesalia Arzú.** 3391-8092
- **Licda. Betzabeth Figueroa.** 8843-1277
- **Dr Ricardo Escalante** 9559-6591

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD
MARIA EUGENIA / CASTRO MARTINEZ
HONDUREÑA POR NACIMIENTO
SEXO: FEMENINO
0101-1999-01756

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
SOLICITADA EN 0101
MARIA EUGENIA / CASTRO MARTINEZ
0101-1999-01756

República de Honduras
Secretaría de Educación

Promoción

Cantautor "Guillermo Anderson Avilés"

El Director (a) del Instituto Oficial Polivalente "Abel Gonzales Caballero"

Limón Departamento Colón

Por Cuanto Le Confiere a:

María Eugenia Castro Martínez

Grado de Bachiller Técnico Profesional en Contaduría y Finanzas

los 08 del mes de Diciembre del año mil Dosceos

virtud de haber realizado los estudios que establece la Ley y

Secretario (a) del Instituto Oficial Polivalente "Abel Gonzales Caballero"

Colón

Por Tanto:

Colón

Bachiller Técnico Profesional en Contaduría y finanzas

Director

El Centro de Adiestramiento en Enfermería CAE

XI Promoción de Auxiliares en Enfermería

Licda. Norma Janeth Martínez Urbina

Extiende el Presente

# Certificado

A: MARIA EUGENIA CASTRO MARTINEZ

POR HABER FINALIZADO Y APROBADO SATISFACTORIAMENTE SUS ESTUDIOS TEORICO-PRACTICOS QUE LE ACREDITAN COMO:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

REALIZADO DICHO PROCESO DE FORMACIÓN DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 27 DE FEBRERO 2017 A 29 DE JUNIO DE 2018

Departamento de Desarrollo de Competencias de Recursos Humanos Institucional

Diploma de: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Extendido a favor de: MARIA EUGENIA CASTRO MARTINEZ

1045636

*Honduras C.A.*

*Secretaría de Seguridad*

*Dirección Policial de Investigaciones*

*(D.P.I.)*

## CONSTANCIA DE ANTECEDENTES POLICIALES

El Suscrito coordinador departamental No.1 de la **DIRECCIÓN POLICIAL DE INVESTIGACIONES DPI** de la Ciudad de la Ceiba Atlántida por este medio **HACE CONSTAR QUE:** previa consulta al sistema de recuento de ciudadano y archivo criminal (Nacmis) se constató que El (la) Señor (a): **MARIA EUGENIA CASTRO MARTINEZ,** de Nacionalidad **HONDUREÑA,** con tarjeta de identidad NO. **0101-1999-01756, **ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA REGISTRADO (A)**** QUE HAYA COMETIDO DELITO O FALTA ALGUNA.

Y para constancia se firma la presente en la Ciudad de La Ceiba Atlántida, a los 17 días del mes de diciembre del año **2020.**

**Valido Únicamente Para Solicitud de Trabajo**

**VIGENCIA POR UN (1) AÑO**

Inspector de Policía

**JUAN CARLOS PALACIOS RAMIREZ**
Coordinador departamental DPI
La Ceiba, Atlántida (B/T-23806)

DIRECCIÓN ACADÉMICA NACIONAL
UNIDAD TÉCNICA EDUCATIVA
CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERÍA CAE

# Otorga diploma de Reconocimiento

A: MARIA EUGENIA CASTRO

Por su aprobación en el taller de primeros auxilios básico
con duración de 16 horas.

DADO EN LA CIUDAD DE LA CEIBA EL 12 Y 13 DE AGOSTO DEL 2017

LIC. EYBY SOLANO
DIRECTORA CAE LA CEIBA

INSTRUCTOR
JOSE ANIBAL FLORES

CEPROSAF
Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar

# OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA A:

## María Eugenia Castro

por su participación en capacitación sobre despenalización del aborto por tres causales y laicidad, con una duración de 8 horas.

La Ceiba, Atlántida, Honduras. Noviembre, 2017

Mirta Leticia Valle
Directora Ejecutiva

CEPROSAF

Norma Carías Montiel
Facilitadora

Fuerzas Armadas de Honduras
Fuerza Aérea Hondureña

La Comandancia de la Base Aérea
Coronel Héctor Caraccioli Moncada
Otorga el presente

# DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO

## *A la: Enfermera María Eugenia Castro*

Por su valiosa colaboración en la Acción Cívica "Brigada Medica" llevada a cabo en la Comunidad de Yaruca en La Ceiba, Atlántida.

Extendido en la comunidad de Yaruca en La Ceiba, Atlántida a los **24** días del mes de **Febrero** del **2018**
Registro No. **8241** Folio **8242** del Libro de registro de la F.A.H.

Coronel de Aviación D.E.M.A.
**Armando Martínez Rueda**
Comandante Base Aérea

FUERZAS ARMADAS DE HONDURAS
FUERZA NAVAL
PRIMER BATALLON DE INFANTERIA DE MARINA

*El Señor Comandante del 1er Batallón de Infantería Marina*
*Otorga el presente*

*Diploma*

A: AUX. ENF. MARIA EUGENIA CASTRO MARTINEZ

Por haber apoyado durante el desarrollo de la Brigada Medica realizada en Tela, Atlántida

*Dado en La Ceiba, Atlántida a los 21 días del mes de Abril del año 2018.*

Capitán de Fragata D.E.M.N.

HENRY JEOVANY MATAMOROS
Comandante Primer Batallon de Infantería de Marina
FNHO-2855

REPÚBLICA DE HONDURAS

PODER JUDICIAL

# CONSTANCIA

## TRABAJO

**EMITIDA: 20/04/2021 EN:SAN PEDRO SULA, CORTÉS**

**No.** 650618

NOMBRES: MARIA EUGENIA

APELLIDOS: CASTRO MARTINEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0101199901756

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 06/09/1998

DOMICILIO: SAN PEDRO SULA, CORTES..

## VIGENCIA POR SEIS(6) MESES

El Infrascrito Titular de la Unidad de Antecedentes Penales, hace constar que a la Fecha de emisión de la presente Constancia y conforme a los Registros del Sistema de Antecedentes Penales:

*** NO TIENE ANTECEDENTES PENALES ***

NORMA LIZETH CASCO RODAS

COORDINADOR(A)

UNIDAD DE ANTECEDENTES PENALES

* VALIDO A NIVEL NACIONAL *

COMPRUEBE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO, VERIFICANDO LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE SEGURIDAD.

* PAPEL DE SEGURIDAD CON MARCA DE AGUA, VERIFICABLE A CONTRA LUZ, APARECERÁ UNA M ESPARCIDA EN TODO EL PAPEL.
* LOGOTIPOS EN TINTA INVISIBLE, VERIFICABLES CON LUZ ULTRAVIOLETA.
* FIBRILLAS DE SEGURIDAD EN LAS DOS CARAS DE LA CONSTANCIA CON EFECTOS BAJO LUZ ULTRAVIOLETA.

ACADEMIA ESPECIAL DE JUSTICIA

Poder Judicial Honduras

GOBIERNO DE LA
SECRETARÍA DE SALUD
Región Sanitaria Departamental de [illegible]

# CONTROL MENSUAL DE ACTIVIDADES

**Información del empleado**

Nombre del empleado: María Eugenia Castro M. | Id. de empleado: 0801-1999-01756

Cargo: Auxiliar de Enfermería | Dependencia: Municipalidad (Fuerza Hondureña)

Fecha de inicio del informe: 1/Julio/2021 | Fecha de finalización del informe: 30/Julio/2021

**Actividades realizadas**

| DIA | Actividad | Fecha | Lugar |
|---|---|---|---|
| 1 | Preclinica | 1/7/21 | Triaje |
| 2 | Preclinica | 2/7/21 | Triaje |
| 3 | Libre | 3/7/21 | Libre |
| 4 | Libre | 4/7/21 | Libre |
| 5 | Preclinica | 5/7/21 | Triaje |
| 6 | Preclinica | 6/7/21 | Triaje |
| 7 | Jornada de vacunación contra Covid-19 | 7/7/21 | Triaje |
| 8 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 8/7/21 | Triaje |
| 9 | Jornada de vacunación contra Covid-19 | 9/7/21 | triaje |
| 10 | Libre | 10/7/21 | Libre |
| 11 | Libre | 11/7/21 | Libre |
| 12 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 12/7/21 | Triaje |
| 13 | Jornada de vacunación contra Covid-19 | 13/7/21 | Triaje |
| 14 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 14/7/21 | Triaje |
| 15 | Jornada de vacunación contra Covid-19 | 15/7/21 | Triaje |
| 16 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 16/7/21 | Triaje |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 17 | Libre | 17/7/21 | Libre |
| 18 | Libre | 18/7/21 | Libre |
| 19 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 19/7/21 | Triaje |
| 20 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 20/7/21 | Triaje |
| 21 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 21/7/21 | Triaje |
| 22 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 22/7/21 | Triaje |
| 23 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 23/7/21 | Triaje |
| 24 | Libre | 24/7/21 | Libre |
| 25 | Libre | 25/7/21 | Libre |
| 26 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 26/7/21 | Triaje |
| 27 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 27/7/21 | Triaje |
| 28 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 28/7/21 | Triaje |
| 29 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 29/7/21 | Triaje |
| 30 | Jornada de vacunación contra covid-19 | 30/7/21 | Triaje |

**Logros**

- Logre tener empatia con los pacientes, logre acoplarme con mis compañeras de trabajo y tomarles mucho aprecio a cada una de ellas, y me gusta trabajar con ellas es un logro para mi que me acepten tal cual como soy.

**Limitantes**

-

**Firma del empleado**

**V°B° Jefe inmediato**

**V°B° Jefe superior**