



INFORME DE LIQUIDACIÓN DE FONDOS

FUERZA HONDURAS I - FASE II

MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL,
DEPARTAMENTO DE CORTES, HONDURAS.

INFORME EJECUTIVO**1. RESUMEN EJECUTIVO**

El Gobierno de La República, en el marco de la emergencia sanitaria por COVID -19 crea la operación Fuerza Honduras, contenida en el Decreto Ejecutivo Numero PCM-061-2020 que establece la normativa para el manejo de los Fondos Descentralizados (Transferencias Condicionadas) otorgadas a las Municipalidades.

El objetivo de la operación Fuerza Honduras es apoyar los servicios de salud en los municipios, a efecto de realizar acciones de prevención y brindar atención a la población afectada por la crisis mundial ocasionada por la pandemia COVID 19

El 16 de noviembre del año 2020 el Decreto Ejecutivo Numero PCM-117-2020 se reforma el párrafo segundo del decreto ejecutivo Numero PCM-061-2020 en el que se realiza una segunda transferencia a las municipalidades por parte del gobierno central mediante "transferencia de emergencia COVID 19"

El monto asignado a San Manuel, ascendió a Lps. 993,262.00 acreditados mediante transferencia el día 19 de febrero 2021, la contratación de personal en el área de salud y el funcionamiento de los centros de Triajes en el combate y prevención del COVID 19

En cumplimiento de las disposiciones de la operación, se procedió a realizar la contratación de personal a solicitud de la directora municipal de salud

El total para cubrir los tres meses de contratación de personal del triaje ascendió a Lps. 1,209,610.86 y el gobierno central solo transfirió Lps. 993,262.00

La parte restante que es Lps. 216,348.86 no se transferida quedando pendiente hasta la fecha el pago de personal del triaje en el mes de enero 2021



The image shows a handwritten signature in black ink over a circular official seal. The seal contains the text 'MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL' at the top and 'SECRETARÍA' at the bottom, with a central emblem. The signature is written in a cursive style.

2. PERFIL OPERACIÓN FUERZA HONDURAS I - FASE II

Nombre del Proyecto:

Operación Fuerza Honduras fase II

Finalidad del Proyecto:

es apoyar los servicios de salud en los municipios, a efecto de realizar acciones de prevención y brindar atención a la población afectada por la crisis mundial ocasionada por la pandemia COVID 19

Ubicación:

Departamento de CORTES

Municipio de SAN MANUEL

Financiado por:

Gobierno de Honduras

Monto:

Lps. 993,262.00

Fecha de Inicio:

19 de febrero de 2021

Duración:

3 meses

Beneficiarios:

El municipio de san manuel Cortes



The image shows a handwritten signature in black ink over a circular official seal. The seal contains the text 'MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL' at the top, 'SECRETARÍA' at the bottom, and 'San Manuel, Cortes' at the very bottom. The signature is a cursive scribble that partially obscures the seal.

3. EJECUCION DE LA OPERACIÓN FUERZA HONDURAS

En el mes de noviembre 2020 se realizó el pago a:

BRAYAN JEYSON HERNANDEZ MORALES	29,337.63
DULCE ROCIO PEREZ PAZ	29,337.63
EMELIN DAYANI COLINDRES MACHADO	22,000.00
ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA	11,450.43
GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES	22,000.00
GINA MARLENE BENITEZ ROMERO	29,337.63
JORGE ALBERTO RUANO CUEVA	29,337.63
JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS	18,000.00
JOSE LUIS BAIDE PAZ	29,337.63
KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO	12,600.00
MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES	12,600.00
MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA	11,450.43
MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA	11,450.43
MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA	12,600.00
NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA	11,450.43
PATRICIA TERESA MARADIAGA	11,450.43
SADIA CELESTE MONTOYA GUTIERREZ	29,337.63
SKARLETH ROBERTA ENAMORADO	29,337.63
VICTORIA ALEJANDRA GUTIERREZ ANDINO	29,337.63
KEYLA FABIANA BUSTILLO OVIEDO	11,450.43

En el mes de diciembre 2020 se realizó el pago a:

DULCE ROCIO PEREZ PAZ	29,337.63
ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA	11,450.43
GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES	22,000.00
GINA MARLENE BENITEZ ROMERO	29,337.63
HESSLY ISAMAR NUÑEZ GARCIA	22,000.00
JORGE ALBERTO RUANO CUEVA	29,337.63
JORGE ERNESTO LOPEZ BARRERA	11,450.43
JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS	18,000.00
JOSE LUIS BAIDE PAZ	29,337.63
JOSUE DAVID AYALA TABORA	11,450.43
KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO	12,600.00
MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES	12,600.00
MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA	11,450.43
MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA	11,450.43
MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA	12,600.00
NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA	11,450.43
PATRICIA TERESA MARADIAGA	11,450.43
SADIA CELESTE MONTOYA GUTIERREZ	29,337.63
SKARLETH ROBERTA ENAMORADO	29,337.63
VICTORIA ALEJANDRA GUTIERREZ ANDINO	29,337.63
MIGUEL ANGEL RUIZ FUGON	29,337.63



En el mes de enero 2021 se realizó el pago a:

JORGE ERNESTO LOPEZ BARRERA	11,450.43
ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA	11,450.43
GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES	22,000.00
JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS	18,000.00
KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO	12,600.00
MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES	12,600.00
MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA	11,450.43
MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA	11,450.43
MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA	12,600.00
NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA	11,450.43
PATRICIA TERESA MARADIAGA	11,450.43
GINA MARLENE BENITEZ ROMERO	17,451.32
JOSUE DAVID AYALA TABORA	11,450.43

• **VEEDURIA**

➤ **Douglas Rodriguez**

Representante de la Comisión Municipal De Transparencia

➤ **Julio cesar Rivera**

Comisionado municipal

PLAN DE DESEMBOLSO:

DESEMBOLSO

# DE DESEMBOLSO	MONTO DESEMBOLSO	FECHA
1	993,262.00	19 de febrero de 2021
TOTAL	993,262.00	

EJECUTADO

El presupuesto se ejecutó Total, en Lempiras 993,262.00

The image shows a handwritten signature in black ink over a circular official seal. The seal contains the text 'COMISIONADO MUNICIPAL DE TRANSPARENCIA' and 'Municipalidad de Guatemala' around the perimeter, with 'SECRETARIA' and 'Rafael Cortes' in the center.

En el municipio de SAN MANUEL departamento de CORTES, a los 28 días del mes de junio del año 2021

[Handwritten signature]



REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL



[Handwritten signature]
JENNY ELIZABETH MATAMOROS FLORES
Auditor Municipal

[Handwritten signature]
FANLUJOBO
Directora Municipal de Salud

[Handwritten signature]
DELFINA ENAMORADA
Miembro de CODEM

[Handwritten signature]
VIRNA SUYAPA MOYA MEJIA
Secretario Municipal



[Handwritten signature]
Douglas Rodriguez
Comisión Municipal De Transparencia



[Handwritten signature]
Julio cesar Rivera
Comisionado Municipal



[Handwritten signature]
SECRETARIA
San Manuel, Cortes



ANEXOS




The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to be "R. M. M.", written over a circular official seal. The seal is from the Municipality of San Manuel, Cortés, and contains the text "MUNICIPALIDAD REGIONAL" at the top, "SECRETARIA" in the center, and "San Manuel, Cortés" at the bottom. The seal also features a central emblem.



Folio ocho (8)



MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL

DEPARTAMENTO DE TESORERIA
San Manuel, Cortes, Honduras, C.A. Tel. 2650-1287



San Manuel, Cortes, 12 de febrero de 2021

Por: Lps 993,262.00

TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA

RTN: 0801-9995-295576

Recibimos de la **TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA** la cantidad de Lps 993,262.00 (novecientos noventa y tres mil doscientos sesenta y dos lempiras exactos) en concepto de desembolso de transferencia condicionada para la atención de la emergencia covid-19 en el marco del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS I- FASE II**.



REYNOLD ARTURO CASTRO
Alcalde Municipal



ELVIN ADONAY ROMERO
Tesorero Municipal



SECRETARIA
San Manuel, Cortes



PLAN DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

Municipalidad de San Manuel Cortes

Operación Fuerza Honduras

COMPRA	DESCRIPCION DE LA COMPRA/CONTRATACION	MES DE COMPRA/CONTRATACION	TIPO DE COMPRA/CONTRATACION	MODALIDAD DE CONTRATACION	VALOR DE LA COMPRA/CONTRATACION
1. COMPRA DE EQUIPO					0
2. INSUMOS					0
3. INDUMENTARIA DE BIOSEGURIDAD Y PROTECCIÓN PERSONAL					0.00
4. CONTRATACIÓN RECURSO HUMANO	PERSONAL PARA ATENDER EL TRIAJE	NOVIEMBRE DICIEMBRE ENERO	Prestacion de servicios profesionales de salud	Contratacion Directa	993,262.00
5. OTROS					0
TOTALES					993,262.00

Reynold Arturo Castro
Alcalde Municipal



ELVIN ADONAY ROMERO
Tesorero Municipal



Folio diez (10)

WIP Alcaldía Municipal de San Manuel

Proyecto y Unidad de Cuenta	Descripción	Presupuesto	Registros	Participación Ciudadana	Estado
Contrato 001 de enero 2021	Se muestra lista de la phone de reunion mensual que no se ha informado a control de calidad por la emergencia COVID-19	30210013	000000	2021	Activo
Contrato 002 de enero 2021	Se muestra lista de desahucio de las unidades familiares por la Municipalidad de San Manuel durante el mes de enero 2021	30210012	000000	2021	Activo
Contrato 003 de febrero 2021	Se muestra lista de desahucio de las unidades familiares por la Municipalidad de San Manuel durante el mes de febrero 2021	30210013	000000	2021	Activo
Contrato 004 de febrero 2021	Se muestra lista de desahucio de las unidades familiares por la Municipalidad de San Manuel durante el mes de febrero 2021	30210013	000000	2021	Activo
Contrato 005 de marzo 2021	Se muestra lista de desahucio de las unidades familiares por la Municipalidad de San Manuel durante el mes de marzo 2021	30210013	000000	2021	Activo
Contrato 006 de marzo 2021	Se muestra lista de desahucio de las unidades familiares por la Municipalidad de San Manuel durante el mes de marzo 2021	30210013	000000	2021	Activo
Contrato 007 de marzo 2021	Se muestra lista de desahucio de las unidades familiares por la Municipalidad de San Manuel durante el mes de marzo 2021	30210013	000000	2021	Activo
Contrato 008 de marzo 2021	Se muestra lista de desahucio de las unidades familiares por la Municipalidad de San Manuel durante el mes de marzo 2021	30210013	000000	2021	Activo
Contrato 009 de marzo 2021	Se muestra lista de desahucio de las unidades familiares por la Municipalidad de San Manuel durante el mes de marzo 2021	30210013	000000	2021	Activo
Contrato 010 de marzo 2021	Se muestra lista de desahucio de las unidades familiares por la Municipalidad de San Manuel durante el mes de marzo 2021	30210013	000000	2021	Activo

WIP Alcaldía Municipal de San Manuel

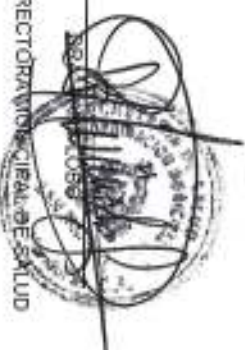
Proyecto y Unidad de Cuenta	Descripción	Presupuesto	Registros	Participación Ciudadana	Estado
Remuneración de empleados febrero 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados febrero 2021	30210014	000000	2021	Activo
Remuneración de empleados marzo 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados marzo 2021	30210014	000000	2021	Activo
Remuneración de empleados abril 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados abril 2021	30210014	000000	2021	Activo
Remuneración de empleados mayo 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados mayo 2021	30210014	000000	2021	Activo
Remuneración de empleados junio 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados junio 2021	30210014	000000	2021	Activo
Remuneración de empleados julio 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados julio 2021	30210014	000000	2021	Activo
Remuneración de empleados agosto 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados agosto 2021	30210014	000000	2021	Activo
Remuneración de empleados septiembre 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados septiembre 2021	30210014	000000	2021	Activo
Remuneración de empleados octubre 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados octubre 2021	30210014	000000	2021	Activo
Remuneración de empleados noviembre 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados noviembre 2021	30210014	000000	2021	Activo
Remuneración de empleados diciembre 2021	Se muestra lista de remuneración de empleados diciembre 2021	30210014	000000	2021	Activo

SECRETARIA
San Manuel, Cotacachi

INFORME DE LIQUIDACION DE FONDOS DE FUERZA HONDURAS I - FASE II FONDOS DE TRANSFERENCIAS

Folio one (M)

N.º DOC	EXPEDIENTE	FECHA DE PAGO	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	IDENTIFICACION	DESCRIPCION DEL PAGO	MONTO PAGADO	MONTO RECIBIDO
ND-02-247	6058	26/2/2021	DULCE ROCIO PEREZ PAZ	1803-1994-00739	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29.337.63	
ND-02-251	6060	26/2/2021	ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA	0509-2000-00130	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11.450.43	
ND-02-255	6065	26/2/2021	GERDY NICOL SOSA ALMENDARES	0801-1996-03673	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	22.000.00	
ND-02-264	6069	26/2/2021	GINA MARLENE BENITEZ ROMERO	0501-1991-12542	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29.337.63	
ND-02-274	6064	26/2/2021	HESSLY ISAMAR NUÑEZ GARCIA	0506-1995-01806	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	22.000.00	
ND-02-266	6070	26/2/2021	JORGE ALBERTO RUANO CUEVA	0101-1993-00241	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29.337.63	
CH-02-1946		26/2/2021	JORGE ERNESTO LOPEZ BARRERA		SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11.450.43	
ND-02-257	6066	26/2/2021	JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS	1306-1992-00194	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	18.000.00	
ND-02-262	6088	26/2/2021	JOSE LUIS BAIDE PAZ	1626-1990-00345	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29.337.63	
ND-02-276	6063	26/2/2021	JOSUE DAVID AYALA TABORA	0511-2000-00379	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11.450.43	
ND-02-249	6059	26/2/2021	KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO	0512-1996-02069	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	12.600.00	
ND-02-245	6061	26/2/2021	MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES	1801-1986-00302	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	12.600.00	
ND-02-272	6073	26/2/2021	MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA	0501-1971-01640	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11.450.43	
ND-02-263	6074	26/2/2021	MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA	0509-2005-01008	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11.450.43	
ND-02-260	6067	26/2/2021	MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA	1801-2002-01671	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	12.600.00	
ND-02-259	6076	26/2/2021	NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA	0512-1997-01226	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11.450.43	
ND-02-254	6075	26/2/2021	PATRICIA TERESA MARADIAGA	0501-1973-03303	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11.450.43	
ND-02-268	6071	26/2/2021	SADIA CELESTE MONTVOYA GUTIERREZ	0501-1990-10434	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29.337.63	
ND-02-243	6062	26/2/2021	SKARLETH ROBERTA ENAMORADO	0511-1990-00638	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29.337.63	
ND-02-270	6072	26/2/2021	VICTORIA ALEJANDRA GUTIERREZ ANDINO	0501-1989-13954	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29.337.63	
ND-03-003	6057	2/3/2021	MIGUEL ANGEL RUIZ FUGON	0512-1993-01181	SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29.337.63	


 DIRECTOR GENERAL DE SALUD


 ELVIN ADONAY ROMERO ROMERO
 TESORERO MUNICIPAL


 JENNY ELIZABETH MATAMOROS
 AUDITORA MUNICIPAL


 LIC. REYNOLDO ARTURO CASTRO CASTRO
 ALCALDE MUNICIPAL

414,654.05

INFORME DE LIQUIDACION DE FONDOS DE FUERZA HONDURAS I - FASE II FONDOS DE TRANSFERENCIAS

Folio doce (12)

N.º DOC	EXPEDIENTE	FECHA DE PAGO	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	IDENTIFICACION	DESCRIPCION DEL PAGO	MONTO PAGADO	MONTO RECIBIDO
ND-02-242	6098	26/2/2021	DULCE ROCIO PEREZ PAZ	1804-1993-02031	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29,337.63	
ND-02-236	6094	26/2/2021	EMELIN DAYANI COLINDRES MACHADO	1803-1994-00739	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29,337.63	
ND-02-240	6097	26/2/2021	ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA	0303-1998-00019	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	22,000.00	
ND-02-234	6091	26/2/2021	GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES	0509-2000-00130	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11,450.43	
ND-02-224	6087	26/2/2021	GINA MARLENE BENITEZ ROMERO	0801-1998-03873	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	22,000.00	
ND-02-216	6083	26/2/2021	JORGE ALBERTO RUANO CUEVA	0501-1991-12542	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29,337.63	
ND-02-214	6082	26/2/2021	JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS	0101-1993-00241	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29,337.63	
ND-02-222	6086	26/2/2021	JOSE LUIS BAIDE PAZ	1305-1992-00194	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	18,000.00	
ND-02-218	6288	26/2/2021	KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO	1626-1990-00345	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29,337.63	
ND-02-231	6093	26/2/2021	MARIA DEL LA PAZ CORDOVA ROSALES	0512-1996-02069	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	12,600.00	
ND-02-238	6095	26/2/2021	MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA	1801-1988-00302	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	12,600.00	
ND-02-235	6092	26/2/2021	MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA	0501-1971-01640	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11,450.43	
ND-02-233	6090	26/2/2021	MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA	0509-2005-01008	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11,450.43	
ND-02-220	6085	26/2/2021	NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA	1901-2002-01671	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	12,600.00	
ND-02-228	6088	26/2/2021	PATRICIA TERESA MARADIAGA	0512-1997-01228	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11,450.43	
ND-02-229	6089	26/2/2021	SADIA CELESTE MONTROYA GUTIERREZ	0501-1973-03303	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11,450.43	
ND-02-212	6081	26/2/2021	SKARLETH ROBERTA ENAMORADO	0501-1990-10434	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29,337.63	
ND-02-226	6096	26/2/2021	VICTORIA ALEJANDRA GUTIERREZ ANDINO	0511-1990-00638	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29,337.63	
ND-02-210	6080	26/2/2021	KEYLA FABIANA BUSTILLO OVIEDO	0501-1989-13954	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	29,337.63	
ND-03-045	6043	17/3/2021		0509-2000-00342	SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS I - FASE II	11,450.43	

403,203.62


 DIRECTOR MUNICIPAL DE SALUD


 ELVIN ADONAY ROMERO ROMERO
 TESORERO MUNICIPAL


 JENNY ELIZABETH MATAMOROS
 AUDITORA MUNICIPAL


 LIC. RENEALDO ARTURO CASTRO
 ALCALDE MUNICIPAL


 SECRETARIA

INFORME DE LIQUIDACION DE FONDOS DE FUERZA HONDURAS I - FASE II FONDOS DE TRANSFERENCIAS

Folio tres (13)

N.º DOC	EXPEDIENTE	FECHA DE PAGO	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	IDENTIFICACION	DESCRIPCION DEL PAGO	MONTO PAGADO	MONTO RECIBIDO
CH-05-2108	6275	12/5/2021	JORGE ERNESTO LOPEZ BARRERA		PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	11,450.43	
ND-06-04		3/6/2021	ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA	0509-2000-00130	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	11,450.43	
ND-06-18	6276	3/6/2021	GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES	0901-1996-03873	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	22,000.00	
ND-06-16	6277	3/6/2021	JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS	1305-1992-00194	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	18,000.00	
ND-06-12	6279	3/6/2021	KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO	0512-1996-02069	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	12,600.00	
ND-06-07	6282	3/6/2021	MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES	1801-1985-00302	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	12,600.00	
CH-06-2195	6274	3/6/2021	MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA	0501-1971-01640	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	11,450.43	
ND-06-11	6280	3/6/2021	MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA	0509-2005-01008	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	11,450.43	
ND-06-14	6278	3/6/2021	MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA	1801-2002-01671	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	12,600.00	
ND-06-09	6283	3/6/2021	NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA	0512-1997-01228	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	11,450.43	
ND-06-10	6281	3/6/2021	PATRICIA TERESA MARADIAGA	0501-1973-03303	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	11,450.43	
ND-06-24	6286	7/6/2021	GINA MARLENE BENITEZ ROMERO	0501-1991-12542	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	17,451.32	
ND-06-22	6273	7/6/2021	JOSUE DAVID AYALA TABORA	0511-2000-00379	PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II	11,450.43	

L 175,404.33


 DIRECTOR GENERAL DE SALUD


 ELVIN ADSON ROMERO ROMERO
 TESORERO MUNICIPAL


 JENNY ELIZABETH MATAMOROS
 AUDITORA MUNICIPAL


 MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL
 ALCALDE
 2018-2022


 REYNOLD ARTURO CASTRO
 ALCALDE MUNICIPAL


 MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL
 SECRETARIA
 San Manuel, Cerezo



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 07/06/2021
Hora : 04:05 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29013

L.: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6275*

Fecha de Emisión: 12/5/2021

No.Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: JORGE ERNESTO LOPEZ BARRERA

Id/RTN: 0511198200911

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

Pago por servicios profesionales en el área de salud correspondiente al mes de enero 2021 con fondos de fuerza Honduras 02. cheque (2108)

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECCIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43



Firma y Sello de Presupuestario



Firma y Sello de Alcalde



Firma y Sello de Tesorería

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

0s+jsj9Jmd9bRj3ZnqCud6Tn3LU0eEZE5r76FqD0T01NNPIZdabbxTH4HavOB2e8IELFtk82mZv3M3N056b87J0gnWjP6PjNB0f6wbkck20vNnng5YeOChM/ NELxRW5ehZymqY7E@Xl2zR2FjF2ePw



VOUCHER DE PAGO

Documento No. CH-05-2108

San Manuel Cortes, miércoles, 12 de mayo de 2021

Paguese a Nombre de: JORGE ERNESTO LOPEZ LARA Por Ips. 11,450.43

Valor en Letras ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON 43 CVTS

CUENTA DE CHEQUES BANRURAL 0740 301000 1621

Nº Orden de Pago	DESCRIPCION	VALORES EN LEMPIRAS
0	PAGO DE CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE SALUD CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO 2021 CON FONDOS DE FUERZA HONDURAS #2]	11,450.43
RETENCIONES		
SI EXISTE RETENCIONES		MONTO TOTAL L 11,450.43

Entidad: Banrural

Nº: CH-05-2108

REVISADO POR: *Jorge Ernesto Lopez Barera*

RECIBI CONFORME

ORIGINAL: SUBGERIA COPIA AMARILLA: CONTABILIDAD COPIA VERDE: AUDITORIA COPIA ROSADA: ARCHIVO

[Handwritten Signature]



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 28/06/2021

Hora : 03:26 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29027

L.: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6296

Fecha de Emisión: 3/6/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA

Id/RTN: 0509200000130

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

Pago por servicios medicos correspondiente al mes de enero del 2021 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/DEPARTAMENTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		MONTO
SUBTOTAL		11,450.43
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario
Firma y Sello de Tesoreria

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

0a+js/j9Jmd9bRj3ZNqQud8Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1NNPIZdxbbxTH4HsW0B2e8IELPTK8217ZU43NE8Bd07JJCgnWIP/WB0I6wbkck2OnNnng6YeOCrIM/hELxRW5shzYmqY7EjX2zR2F.jF2ePw



FECHA: 3/6/2021

HORA: 07:56:25

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

ND - 06 - 04

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA

Cuenta Beneficiada : 2081276794

Dirección Beneficiario :

Banco Beneficiario : BANCO DAVIVIENDA HONDURAS S.A

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

Fecha de Transferencia : 03/06/2021

Cargo por Servicio : HNL

Tasa de Seguridad : HNL

Monto Total : HNL 11,450.43

Razón de transferencia : PAGO MES DE ENERO FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 07/06/2021
Hora : 04:07 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29014

L: 22,000.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6276*

Fecha de Emisión: 3/6/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES

Id/RTN: 0801199603873

La Cantidad en Letras: VEINTIDOS MIL CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Pago por servicios profesionales en el área de salud correspondiente al mes de enero 2021 con fondos de fuerza Honduras 02.

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO/OBJETO/GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	22,000.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	22,000.00
Monto Total:		22,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	22,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	22,000.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

0s+js9Jmd9bRq3ZnqQud6Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1NNPIZdxbxTH4HaWOB2e8fLPTK... hELxRW5sh2ymqY7E6jX2zR2FJJF2ePw

FECHA: 3/6/2021

HORA: 15:17:10

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES**

Cuenta Beneficiada : 214370117754

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BANCO OCCIDENTE S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 22,000.00

Fecha de Transferencia : 03/06/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 22,030.00

Razón de transferencia : **PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II**



29014



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 07/06/2021
Hora : 04:07 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29015
L: 18,000.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6277
Fecha de Emisión: 3/6/2021
No. Cheque/Nota de Débito: _____
Pagarse a: JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS
La Cantidad en Letras: DIECIOCHO MIL CON CERO CENTAVOS

Id/RTN: 1305199200194

Descripción:

Cancelación por servicios profesionales en el área de salud correspondiente al mes de enero 2021 con fondos de fuerza Honduras 02.

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO / DEBETO / GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	18,000.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	18,000.00
Monto Total:		18,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	18,000.00
RETENCIONES	0.00
TOTAL	18,000.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0s-Hjs/9Jmd9bRq3ZnqQud6Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1NNPIZdxbbxTH4HaWOBZv8IELPTK0BmVz3M3N056b187ACgWVWP6PWB0i6wbkck20r/Nnng6YeOC/IM/hELxRW5shZymqY7EjJXG2zR2FJF2ePw

FECHA: 3/6/2021
HORA: 15:15:28

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.
RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS

Cuenta Beneficiada : 212560001580

Dirección Beneficiario :

Banco Beneficiario : BANCO OCCIDENTE S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 18,000.00

Fecha de Transferencia : 03/06/2021

Cargo por Servicio : HNL

Tasa de Seguridad : HNL

Monto Total : HNL 18,000.00

Razón de transferencia : PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II

29015



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 07/06/2021

Hora : 04:08 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29017

L: 12,600.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6279*

Fecha de Emisión: 3/6/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO

Id/RTN: 0512199602069

La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Cancelación por servicios profesionales en el área de salud correspondiente al mes de enero 2021 con fondos de fuerza Honduras 02.

Enro 2021

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	12,600.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,600.00



Firma y Sello de Presupuestario

[Handwritten signature]



Firma y Sello de Alcalde (sa)

[Handwritten signature]

Firma y Sello de Tesorero

[Handwritten signature]

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

0s+jsj9Jmd9bRj3ZNgQuo5Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1NNPIZdxbxTH4HaWOB2e8IELPTK88aMz7M2AN056u8140gnWIP6PjWB06wbkck2OrNnng6YeOCrM/hELxRW5shZymqY7E5jIXI2zR2FJf2ePw

FECHA: 3/6/2021

HORA: 15:11:43

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO**

Cuenta Beneficiada : 211140076520

Dirección Beneficiario :

Banco Beneficiario : **BANPAIS**

Detalles de Transferencia

Monto : **HNL 12,600.00**

Fecha de Transferencia : 03/06/2021

Cargo por Servicio : **HNL**

Tasa de Seguridad : **HNL**

Monto Total : **HNL 12,600.00**

Razón de transferencia : **PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II**



Honduras, C.A.

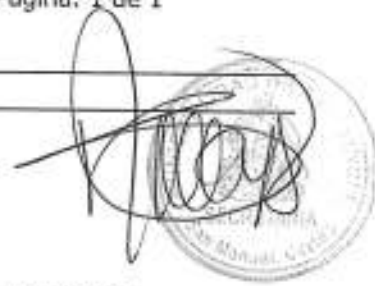
SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 07/06/2021
Hora : 04:04 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29012
L: 11,450.43



Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6274

Fecha de Emisión: 3/6/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA

Id/RTN: 0501197501640

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

Pago por servicios al personal de apoyo en el centro de triaje por concepto de cancelación de contrato con fondos de fuerza Honduras 02. cheque(2195)

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (80)

Firma y Sello de Tesorero

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0e+js/9Jmd9bRj3ZNqQuid8Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1NNPIZdxbxTH4HsWOB2e8ELPtkB8aMrZv3M3N056bi87J/OgnWf6Pj/WB0i0wbkck2Or/Nnng6YeOCrIM/hELxRW5shZymqY7E9Xj2zR2fJFzPw



MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL CORTES

03/06/2021 15:43

VOUCHER DE PAGO

Documento No. CH-06-2195

San Manuel Cortes, jueves, 03 de junio de 2021

Paguese a Nombre de: MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA Por Lps. 11,450.43

Valor en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON 43 CVTS

CUENTA DE CHEQUES BANRURAL 0740 301000 1621

Nº Orden de Pago	DESCRIPCION	VALORES EN LEMPIRAS
0	PAGO POR SERVICIO AL PERSONAL DE APOYO EN EL CENTRO DE TRIAL E POR CONCEPTO DE CANCELACION DE CONTRATO CON FONDOS DE FUERZA HONDURA.	11,450.43
RETENCIONES		
SI EXISTE SEÑALACIONE		
MONTO TOTAL		L 11,450.43

Bancueta
CH-06-2195

[Signature]
MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL CORTES
TESORERIA

MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL CORTES
TESORERIA

[Signature]
RECIBI CONFORME

Nº DE CHEQUE: Nota Debit... REVISADO POR... ORIGINAL: TESORERIA COPIA ANARQUEL CONTABILIDAD COPIA VERDE: AUDITORIA COPIA FORADA: ARCHIVO

[Signature]
MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL CORTES
TESORERIA



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 07/06/2021
Hora : 04:10 p.m.

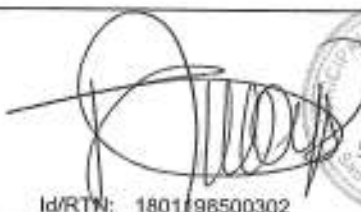
USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29020

L: 12,600.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6282
Fecha de Emisión: 3/6/2021
No.Cheque/Nota de Debito: _____
Pague a: MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES
La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS


Id/RTN: 180198500302


Descripción:

Cancelacion por servicios profesionales en el area de salud correspondiente al mes de enero 2021 con fondos de fuerza Honduras 02.

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN DE CITACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	12,600.00
RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,600.00

Firma y Sello de Presupuestario



Firma y Sello de Alcalde (sa)



Firma y Sello de Tesorería



Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0s-hsj9Jmd9bRj3ZNqGud6Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1NNPIZdx6bxTH4HaWOB2e8IELPTKBSaMzV3M3N056bi87JfOgnW/P6PjWB0i6wbkck2Cr/Nnng6YeOCrIM/hELxRW5ehZymqY7EijXkZr2FJf2ePw

FECHA: 3/6/2021

HORA: 15:05:54

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES**

Cuenta Beneficiada : 212100801290

Dirección Beneficiario :

Banco Beneficiario : **BANCO OCCIDENTE S.A.**

Detalles de Transferencia

Monto : **HNL 12,600.00**

Fecha de Transferencia : 03/06/2021

Cargo por Servicio : **HNL**

Tasa de Seguridad : **HNL**

Monto Total : **HNL 12,600.00**

Razón de transferencia : **PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II**

24010

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 07/06/2021
Hora : 04:09 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1



Orden de Pago No.: 29018

L: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6260*

Fecha de Emisión: 3/6/2021

No. Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA

Id/RTN: 0509200501008

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios profesionales en el área de salud correspondiente al mes de enero 2021 con fondos de fuerza Honduras 02.

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorero

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0s+jsj9Jmd9bRj32NqQud6Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1NNPIZdxbbxTH4HsW0B2e8ELPTK8sMrZv3M3N056b87JiOgnWIP6PjWB0i8wbkck2C0rNng8YeOCrM/hELxRWSshZymqY7EjIX2zR2FJJF2ePw

FECHA: 3/6/2021
HORA: 15:09:42

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.
RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA**

Cuenta Beneficiada : 07401010034964

Dirección Beneficiario :

Banco Beneficiario : **BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.**

Detalles de Transferencia

Monto : **HNL 11,450.43**

Fecha de Transferencia : 03/06/2021

Cargo por Servicio : **HNL**

Tasa de Seguridad : **HNL**

Monto Total : **HNL 11,450.43**

Razón de transferencia : **PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II**

29/6/21



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)

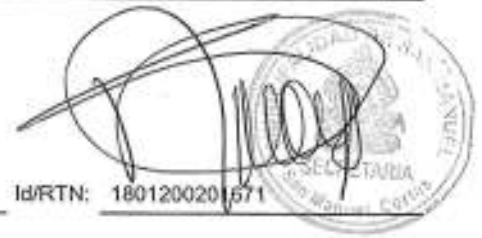


Emisión: 07/06/2021
Hora : 04:07 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29016

L: 12,600.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6278
Fecha de Emisión: 3/6/2021
No. Cheque/Nota de Débito: _____
Pague a: MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA
La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS



Id/RTN: 1801200201571

Descripción:

Pago por servicios profesionales en el área de salud correspondiente al mes de enero 2021 con fondos de fuerza Honduras 02.

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	12,600.00
RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,600.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

FECHA: 3/6/2021
HORA: 15:13:12

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.
RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA

Cuenta Beneficiada : 210120015277

Dirección Beneficiario :

Banco Beneficiario : BANPAIS

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 12,600.00

Fecha de Transferencia : 03/06/2021

Cargo por Servicio : HNL

Tasa de Seguridad : HNL

Monto Total : HNL 12,600.00

Razón de transferencia : PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 07/06/2021
Hora : 04:10 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29021

L.: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6283

Fecha de Emisión: 3/6/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA

Id/RTN: 0512199701228

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios al personal de apoyo en el centro de triaje por cancelacion de contrato fondos de fuerza Honduras 02

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO/ OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECCIONES DE FUERZAS ARMADAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuesto

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

FECHA: 3/6/2021

HORA: 15:03:31

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA

Cuenta Beneficiada : 07401010027304

Dirección Beneficiario :

Banco Beneficiario : BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

Fecha de Transferencia : 03/06/2021

Cargo por Servicio : HNL

Tasa de Seguridad : HNL

Monto Total : HNL 11,450.43

Razón de transferencia : PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II

21/21



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 07/06/2021

Hora : 04:09 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29019

L.: 11,450.43



Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6281

Fecha de Emision: 3/6/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: PATRICIA TERESA MARADIAGA

Id/RTN: 0501197303303

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripcion:

Pago por servicios al personal de apoyo en el centro de triaje por cancelación de contrato fondos de fuerza Honduras 02.

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43



Firma y Sello de Presupuestario

[Handwritten signature]



Firma y Sello de Alcalde (sa)

[Handwritten signature]

Firma y Sello de Tesoreria

[Handwritten signature]



Recibido por: _____

Identidad No.: _____

Folio treinta y cinco (35)

FECHA: 3/6/2021

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

HORA: 15:07:52

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : PATRICIA TERESA MARADIAGA

Cuenta Beneficiada : 07401010035570

Dirección Beneficiario :

Banco Beneficiario : BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

Fecha de Transferencia : 03/06/2021

Cargo por Servicio : HNL

Tasa de Seguridad : HNL

Monto Total : HNL 11,450.43

Razón de transferencia : PAGO MES DE ENERO 2021 FONDOS DE FUERZA HONDURAS I FASE II

69019





SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 07/06/2021
Hora : 04:12 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29024
L: 17,451.32

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6286
Fecha de Emision: 7/6/2021
No.Cheque/Nota de Debito: _____
Paguese a: Gina Marlene Benitez Romero
La Cantidad en Letras: DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN CON TREINTA Y DOS CENTAVOS



Descripcion:

Pago por servicios profesionales en el area de salud correspondiente al mes de enero 2021 con fondos de fuerza Honduras 02

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	17,451.32

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	17,451.32
Monto Total:		17,451.32

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	17,451.32
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	17,451.32



Firma y Sello de Presupuestario

[Handwritten Signature]



Firma y Sello de Alcáide (sa)

Firma y Sello de Tesorero

[Handwritten Signature]



Recibido por: _____
Identidad No.: _____

FECHA: 7/6/2021

HORA: 10:37:58

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : GINA MARLENE BENITEZ ROMERO

Cuenta Beneficiada : 729497401

Dirección Beneficiario : San Pedro Sula

Banco Beneficiario : BAC HONDURAS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 17,451.32

Fecha de Transferencia : 07/06/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 17,481.32

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE ENERO 2021 FUERZA HONDURAS I - FASE II



24024



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)

Emisión: 07/06/2021
Hora : 04:03 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29011

L.: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6273

Fecha de Emisión: 7/6/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: JOSUE DAVID AYALA TABORA

Id/RTN: 05112000003792

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios al personal de apoyo en el centro de triaje por concepto de cancelación de contrato con fondos de fuerza Honduras 02.

Enero 2021

CODIGO	PROYECTO/OBJETO PAGO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRL SUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
DESCRIPCION	MONTO
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesoreria

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0s+rjs9Umd9bRj3ZNgQud6Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1NNPIZdxbxTH4HaWOB2c8IELPTKB8aMrZv3M3N056bi87JOgrWIP6PjWB0i6wbkck2OrNmg6YeOCrM/hELxRW5shZymqY7E@Xl2zR2FJF2ePw

FECHA: 7/6/2021

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

HORA: 09:01:07

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferecia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : JOSUE DAVID AYALA TABORA

Cuenta Beneficiada : 1780023527

Dirección Beneficiario :

Banco Beneficiario : BANCO DAVIVIENDA HONDURAS S.A

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

Fecha de Transferencia : 07/06/2021

Cargo por Servicio : HNL

Tasa de Seguridad : HNL

Monto Total : HNL 11,450.43

Razón de transferencia : PAGO SALUD CON FONDOS FUERZA HONDURAS I FASE II





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 31/05/2021
Hora : 10:55 a.m.
USUARIO: K.FERRUFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28794

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6058

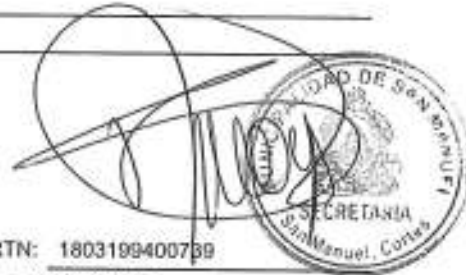
Fecha de Emisión: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: DULCE ROCIO PEREZ PAZ

Id/RTN: 1803199400789

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios médicos al Sra. Dulce Rocio Perez Paz, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO / GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesoreria

Firma y Sello de Alcalde

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0s+jsj9Jmd9bfj3ZnqQu6Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1LMiJ0sY+MRDAEFLSD8imi6iGvESZuDP5bVUMQY3IthDvJB5chdFYeLNkHGScIF5aJThwg2bMPaObf1yHnlgmWoGIME3subX7hLeryYuTKDfJhNT9qb

FECHA: 26/02/2021

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

HORA: 11:44:31

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **DULCE ROCIO PEREZ PAZ**

Cuenta Beneficiada : 725508801

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BAC HONDURAS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 31/05/2021
Hora : 10:41 a.m.
USUARIO: K.FERRUFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28796

L.: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6060

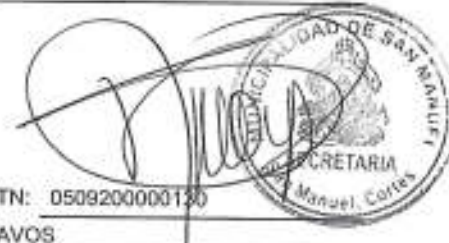
Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA

Id/RTN: 050920000130

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios médicos al Sr. Erik Jafet Villanueva Sierra, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

Diciembre 2020

CODIGO	PROYECTO / OBJETO / CASO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesorería:

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

0s+jaJ9Jm09bRj3ZnqQud6Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1LMfJ0sY+MRDAEFLfSD8m6IG+E5ZuDP56bVU4QY3ihDvJ8SchdiYeLNkHGcCf5aJThwg2bMPaObf1yHrfgmWoGIM3eudX7hLeryYuTKDfJhNT9qb

FECHA: 26/2/2021
HORA: 11:44:57

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.
RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA

Cuenta Beneficiada : 2081276794

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL

Banco Beneficiario : BANCO DAVIVIENDA HONDURAS S.A

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 11,480.43

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

20812796



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 31/05/2021
Hora : 11:06 a.m.
USUARIO: K.FERRUFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28801

L: 22,000.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6065
Fecha de Emision: 26/2/2021
No.Cheque/Nota de Debito: _____
Pague a: GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES
La Cantidad en Letras: VEINTIDOS MIL CON CERO CENTAVOS

Id/RTN: 0801199603673



Descripcion:

Pago por servicios médicos a la Sra. Geidy Nicol Sosa Almendares , correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	22,000.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	22,000.00
Monto Total:		22,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
DESCRIPCION	MONTO
SUBTOTAL	22,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	22,000.00

Firma y Sello de Presupuestario:

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0s+jsf9Jmd9bRj3ZNqQudBTn3LU0aEZE576FqDTo1LMU0sY+MRDAEFLI5D8Im8IGvESZuDP5bVU4QY3IhDvJ85chdIYelLNkHGzCII5aJTWg2bMPaObf1yHnlgmWoGfMI3sutX7hLeryYTKD1JhNT9gb

Foto Cuenta y Cred (As)

FECHA: 26/2/2021

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

HORA: 11:45:20

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferecia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES

Cuenta Beneficiada : 214370117754

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO OCCIDENTE S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 22,000.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 22,030.00

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS



Foto wantayses (16)



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 23/03/2021

Hora : 10:11 a.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28805

L: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6089

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: Gina Marlene Benitez Romero

Id/RTN: 0501199125426

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios médicos a la Sra. Gina Marlene Benitez Romero , correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFILIACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesorería:

Firma y Sello de Alcalde:

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

Foto cuenta y sík (47)

FECHA: 26/2/2021

HORA: 11:45:35

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : GINA MARLENE BENITEZ ROMERO

Cuenta Beneficiada : 729497401

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL

Banco Beneficiario : BAC HONDURAS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

28505





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021

Hora : 10:04 a.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28800

L.: 22,000.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6064

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: HESSLY ISAMAR NUÑEZ GARCIA

La Cantidad en Letras: VEINTIDOS MIL CON CERO CENTAVOS



Id/RTN: 0506199501806

Descripción:

Pago por servicios médicos a la Sra. Hessler Isamar Nuñez García, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 56110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	22,000.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN DE CITACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	22,000.00
Monto Total:		22,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	22,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	22,000.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcalde (a)

Recibido por: _____

Identidad No.: _____



Folio sesenta y nueve (119)

FECHA: 26/2/2021

HORA: 11:46:02

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **HESSLY ISAMAR NUÑEZ GARCIA**

Cuenta Beneficiada : 212300401856

Dirección Beneficiario : **SAN MANUEL CORTES**

Banco Beneficiario : **BANCO OCCIDENTE S.A.**

Detalles de Transferencia

Monto : **HNL 22,000.00**

Fecha de Transferencia : **26/02/2021**

Cargo por Servicio : **HNL 30.00**

Tasa de Seguridad : **HNL 0.00**

Monto Total : **HNL 22,030.00**

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**

28,800



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



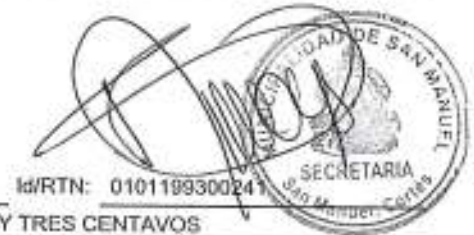
SAMI

Emisión: 31/05/2021
Hora : 11:05 a.m.
USUARIO: K.FERRUFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28806

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6070
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No.Cheque/Nota de Debito: _____
Paguese a: JORGE ALBERTO RUANO CUEVA
La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripcion:

Pago por servicios medicos al Sr. Jorge Alberto Ruano Cueva, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
DESCRIPCION	MONTO
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesoreria:

Firma y Sello de Alcalde (sa):

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

Folio Cuenta yuno (51)

FECHA: 26/2/2021

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

HORA: 11:45:39

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **JORGE ALBERTO RUANO CUEVA**

Cuenta Beneficiada : 743395031

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BAC HONDURAS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 31/05/2021
Hora : 11:06 a.m.
USUARIO: K.FERRUFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28802

L.: 18,000.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6066

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS

La Cantidad en Letras: DIECIOCHO MIL CON CERO CENTAVOS



Id/RTN: 1305199200194

Descripción:

Pago por servicios médicos al Sr. Jose Elias Bautista Iglesia , correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	18,000.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	18,000.00
Monto Total:		18,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		18,000.00
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		18,000.00

Firma y Sello de Presupuesto

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

FECHA: 26/2/2021

HORA: 11:45:23

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS

Cuenta Beneficiada : 212560001580

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO OCCIDENTE S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 18,000.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 18,030.00

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

28802





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 31/05/2021
Hora : 11:05 a.m.
USUARIO: K.FERRUFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28804

L: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6068

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: JOSE LUIS BAIDE PAZ

Id/RTN: 162619900345

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios médicos al Sr. Jose Luis Baide Paz , correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

Diciembre 2020

CODIGO	PROYECTO / OBJETO/GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

<p>Firma y Sello de Presupuestario</p>	<p>Firma y Sello de Tesorería</p>	<p>Firma y Sello de Alcalde</p>
--	-----------------------------------	---------------------------------

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

FECHA: 26/02/2021

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

HORA: 11:45:32

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : JOSE LUIS BAIDE PAZ

Cuenta Beneficiada : 1204190506

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BANCO ATLANTIDA S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

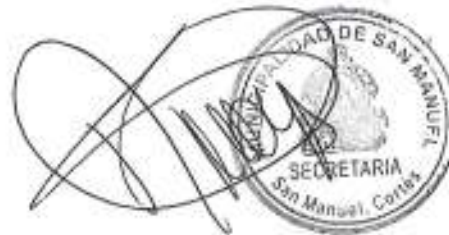
Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS



28204



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 31/05/2021

Hora : 10:42 a.m.

USUARIO: K.FERRUFINO

Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28799

L.: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6063

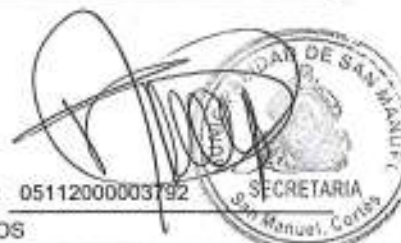
Fecha de Emisión: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: JOSUE DAVID AYALA TABORA

Id/RTN: 05112000003792

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios médicos al Sr. Josue David Ayala Tabora, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

Diciembre 2020

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECCIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (San Manuel, Cortés)

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

FECHA: 26/2/2021

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

HORA: 11:45:58

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferecia: Transferecia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : JOSUE DAVID AYALA TABORA

Cuenta Beneficiada : 1780023527

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO DAVIVIENDA HONDURAS S.A

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 11,480.43

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

23799

Folio cincuenta y ocho (58)



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 31/05/2021
Hora : 10:54 a.m.
USUARIO: K.FERRUFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28795

L: 12,600.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6059
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No.Cheque/Nota de Débito: _____
Pague a: KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO
La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Id/RTN: 0512199802069

Descripción:

Pago por servicios médicos al Sra. Keiry Sarahi Guevara Bueso, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

Código	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 028 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

Código	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

Código	RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	12,600.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,600.00

Firma y Sello de Presupuestario  

Firma y Sello de Tesorería  

Firma y Sello de Alcalde (sa) 

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0e+jsf9Jmd9bRj3ZNqQuo6Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1LMJ0sY+MRDAEFLISD8Imi6IGrESZuDP5bVU4QY3IthDvJB5chdiYeLNkHGzCII5aJTbwg2bMPaObf1yHng
mWoGfM3suX7hLeryYTKD1JhNT9qb

Folio cxcuentay nueve (89)

FECHA: 26/2/2021

HORA: 11:44:37

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO

Cuenta Beneficiada : 211140076520

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO DEL PAIS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 12,600.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 12,630.00

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

28715



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 31/05/2021
Hora : 10:39 a.m.
USUARIO: K.FERRUFFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28797

L.: 12,600.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6061

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES

La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Id/RTN: 1801198500302



Descripción:

Pago por servicios médicos al Sra. Maria de la Paz Cordova, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/OBJETO/GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		12,600.00
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		12,600.00

Firma y Sello de Presupuesto

Firma y Sello de Tesorería

Handwritten signatures and official seals for the Municipality of San Manuel, Cortés. The seals include the Municipal Seal and the Mayor's Seal (Alcalde) for the period 2019-2022.

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

FECHA: 26/02/2021

HORA: 11:44:28

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : MARIA DE LA PAZ CORDOVA

Cuenta Beneficiada : 212100801290

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO OCCIDENTE S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 12,600.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 12,630.00

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

28797
SECRETARIA
Manuel Cortes

Folio sesenta (60)
y uno



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 31/05/2021
Hora : 10:39 a.m.
USUARIO: K.FERRUFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28809

L: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6073

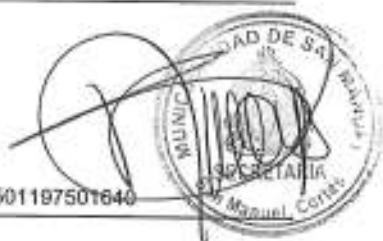
Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA

Id/RTN: 0501197501640

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios de apoyo en el triaje a la Sra. Maria del Carmen Sagastume, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECCIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
DESCRIPCION	MONTO
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesoreria:

Firma y Sello de Alcalde (sa):

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

Foto sesenta y tres (63)

FECHA: 26/2/2021

HORA: 11:45:54

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA

Cuenta Beneficiada : 07401010025807

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : 0.00

Tasa de Seguridad : 0.00

Monto Total : HNL 11,450.43

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

25809

Folio sesenta y cuatro (64)



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 11:16 a.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28810
L.: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 8074

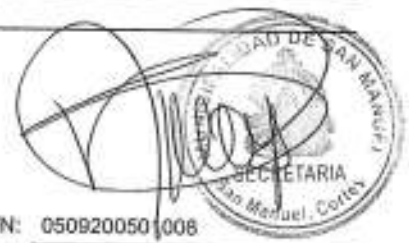
Fecha de Emisión: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA

Id/RTN: 0509200501008

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios de apoyo en el triaje al Sr. Marvin Omar Barahona Maradiaga, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / DEPTO/GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcalde (ca)

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

Folio sesenta y cinco (65)

FECHA: 26/2/2021

HORA: 11:45:11

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA**

Cuenta Beneficiada : 07401010034964

Dirección Beneficiario : **SAN MANUEL CORTES**

Banco Beneficiario : **BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.**

Detalles de Transferencia

Monto : **HNL 11,450.43**

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : 0.00

Tasa de Seguridad : 0.00

Monto Total : **HNL 11,450.43**

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS**

20810



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 31/05/2021
Hora : 11:06 a.m.
USUARIO: K.FERRUFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28803

L.: 12,600.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6067*
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No.Cheque/Nota de Débito: _____
Pague a: MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA
La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Id/RTN: 1801200201671

Descripción:

Pago por servicios médicos a la Sra. Mildred Haydee Murillo Amaya , correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	RESUMEN AFECTACIONES DE PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	12,600.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,600.00

Firma y Sello de Presupuesto
Firma y Sello de Tesorería
Firma y Sello de Alcalde

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

FECHA: 26/2/2021.

HORA: 11:45:27

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA

Cuenta Beneficiada : 210120015277

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO DEL PAIS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 12,600.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

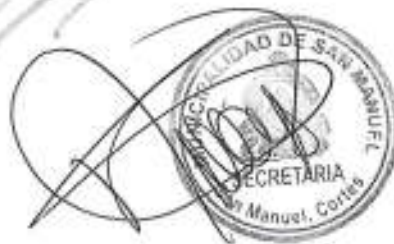
Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 12,630.00

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

28,803



Folio Sesenta y ocho (68)



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

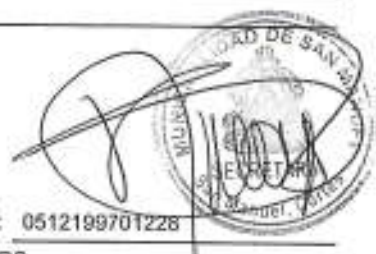
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 11:17 a.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28812

L: 11,450.43



Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6076

Fecha de Emision: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA

Id/RTN: 0512199701228

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripcion:

Pago por servicios de apoyo en el triaje al Sr. Nelson Josue Hernandez, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFILIACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario: _____

Firma y Sello de Tesoreria: _____

Firma y Sello de Alcalde (sa): _____



Recibido por: _____

Identidad No.: _____

Folio Sesenta y nueve (69)

FECHA: 26/2/2021

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

HORA: 11:45:16

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **NELSON JOSUE HERNANDEZ**

Cuenta Beneficiada : 07401010027304

Dirección Beneficiario : **SAN MANUEL CORTES**

Banco Beneficiario : **BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.**

Detalles de Transferencia

Monto : **HNL 11,450.43**

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : 0.00

Tasa de Seguridad : 0.00

Monto Total : **HNL 11,450.43**

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**



Folio setenta (70)



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 23/03/2021
Hora : 11:16 a.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28811

L: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6075
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No. Cheque/Nota de Débito: _____
Páguese a: PATRICIA TERESA MARADIAGA
La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

[Handwritten signature]
[Circular stamp: MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTÉS, SECRETARÍA]

Id/RTN: 0501197303003

Descripción:

Pago por servicios de apoyo en el traje a la Sra. Patricia Teresa Maradiaga, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario: *[Handwritten signature]*
 Firma y Sello de Tesorería: *[Handwritten signature]*
 Firma y Sello de Alcalde: *[Handwritten signature]*
[Circular stamps: MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, PRESUPUESTO MUNICIPAL, ALCALDE]

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

FECHA: 26/2/2021

HORA: 11:45:13

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : PATRICIA TERESA MARADIAGA

Cuenta Beneficiada : 07401010035570

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

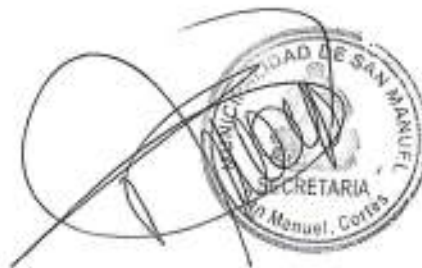
Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : 0.00

Tasa de Seguridad : 0.00

Monto Total : HNL 11,450.43

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS



28811



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 11:00 a.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28807

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6071

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: SADIA CELESTE MONTOYA GUTIERREZ

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS

Id/RTN: 0501199010434



Descripción:

Pago por servicios medicos a la Sra. Saida Celeste Montoya Gutierrez, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/ OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Firma y Sello de Alcald(e)a

Recibido por:

Identidad No.: _____



Folio setenta y tres (73)

FECHA: 26/2/2021

HORA: 11:45:42

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : SADIA CELESTE MONTOYA GUTIERREZ

Cuenta Beneficiada : 725192271

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BAC HONDURAS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

26807
SECRETARIA
San Manuel, Cortes



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 31/05/2021
Hora : 11:18 a.m.
USUARIO: K.FERRUFINO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28798

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6062

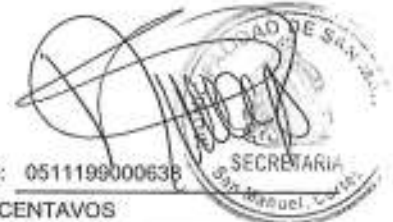
Fecha de Emision: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: SKARLETH ROBERTA ENAMORADO DIMAS

Id/RTN: 0511199000638

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripcion:

Pago por servicios médicos a la Sra. Skarleth Roberta Enamorada, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETIVO / GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
DESCRIPCION	MONTO
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde

Firma y Sello de Tesorera

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

Folio setenta y cinco

(75)

FECHA: 26/2/2021

HORA: 11:44:24

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **SKALETH ROBERTA ENAMORADO**

Cuenta Beneficiada : 022120061266

Dirección Beneficiario : **SAN MANUEL**

Banco Beneficiario : **BANCO ATLANTIDA S.A.**

Detalles de Transferencia

Monto : **HNL 29,337.63**

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : **HNL 30.00**

Tasa de Seguridad : **HNL 0.00**

Monto Total : **HNL 29,367.63**

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**

293790



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 23/03/2021
Hora : 10:13 a.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28808

L: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6072

Fecha de Emision: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: VICTORIA ALEJANDRA GUTIERREZ ANDINO

Id/RTN: 0501198913954

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripcion:

Pago por servicios medicos a la Sra. Victoria Alejandra Gutierrez Andino, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorero

Firma y Sello de Alcalde

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

Folio setenta y siete

(77)

FECHA: 26/2/2021

HORA: 11:45:45

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : VICTORIA ALEJANDRA GUTIERREZ ANDINO

Cuenta Beneficiada : 023320109582

Dirección Beneficiario : SAN PEDRO SULA

Banco Beneficiario : BANCO ATLANTIDA S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

20210226



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 09:48 a.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28793

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6057

Fecha de Emisión: 2/3/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: MIGUEL ANGEL RUIZ FUGON

Id/RTN: 0512199301181

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios médicos al Sr. Miguel Angel Ruiz Fugon, correspondiente al mes de diciembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO/GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESERVA AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuesto:

Firma y Sello de Tesorería:

Firma y Sello de Alcalde:

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

FECHA: 2/3/2021

HORA: 14:57:23

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : MIGUEL ANGEL RUIZ FUGON

Cuenta Beneficiada : 744256811

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL

Banco Beneficiario : BAC HONDURAS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 02/03/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : SERVICIOS DE SALUD MES DE DICIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS

Handwritten signature and stamp of the Municipality of San Manuel, Honduras. The stamp includes the text 'MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL', 'SECRETARÍA', and 'San Manuel, Colón'.



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 03:41 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28834

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6098

Fecha de Emisión: 28/2/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: BRAYAN JEYSON HERNANDEZ MORALES

Id/RTN: 1804199302031

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

Pago por servicios medicos al Sr Brayan Jeyson Hernandez Morales correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS



CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTOS
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RECURSOS AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN GLOBALES DE PAGOS	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesorería:

Firma y Sello de Alcalde:

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

0s+js/j9Jmd9bRj3ZnqQudfTt93LU00zLEDr76F001NNPIZdxbbxTH4HaWOB2e8ELPTK8aMrZv3M3N056bi87J/OgnW/P6/PjWB0i6wbkck2Or/Nnng6YeOCrM/hELxRW5ehZymqV7EjUX0zRzEJJEaPw

FECHA: 26/2/2021
HORA: 10:56:58

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **BRAYAN JEYSON HERNANDEZ MORALES**

Cuenta Beneficiada : 01301010321648

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : 0.00

Tasa de Seguridad : 0.00

Monto Total : HNL 29,337.63

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**

29-337.63



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 23/03/2021
Hora : 03:23 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

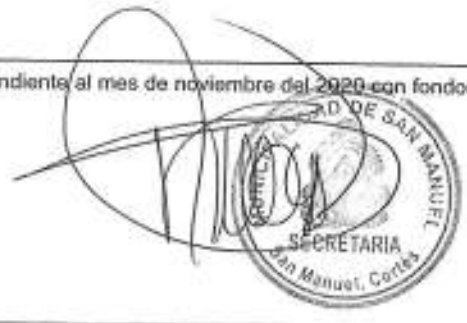
Orden de Pago No.: 28830
L: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6094
Fecha de Emision: 26/2/2021
No.Cheque/Nota de Debito: _____
Pague a: DULCE ROCIO PEREZ PAZ
La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS

Id/RTN: 1803199400739

Descripcion:

Pago por servicios medicos a la Sra. Dulce Rocio Perez Paz correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS



CODIGO	PROYECTO / DESCRIPCION	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesoreria:

Firma y Sello de Alcalde:

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0sHjs9Umd9bRj3ZNgQud6Tn3LU0eEZE5r78FqDTO1NNPIZdx6bxTH4HaWOB2e8IELPTKB8aMrZv3M3N056bi87JfOgrWp6PjWB0i6wbck2OrNnng6YeOCrIM/hELxRWSshZymqY7EifjXZzR2FJf2ePw

FECHA: 26/2/2021

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

HORA: 10:58:48

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **DULCE ROCIO PEREZ PAZ**

Cuenta Beneficiada : 725508801

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BAC HONDURAS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 23/03/2021

Hora : 03:37 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28833

L: 22,000.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6097

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: EMELIN DAYANI COLINDRES MACHADO

Id/RTN: 0303199600019

La Cantidad en Letras: VEINTIDOS MIL CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Pago por servicios medicos a la Sra. Emelin Dayani Colindres Machado correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS



CODIGO	PROYECTO / FONTO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	22,000.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	22,000.00
Monto Total:		22,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	22,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	22,000.00

<p>Firma y Sello de Presupuestario</p> 	<p>Firma y Sello de Alcalde (sa)</p> 	<p>Firma y Sello de Tesorería</p> 
--	---	---

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

0s+js{9Jmd9bRj32NqQud6Tn3LU0aEZE5rZBFqDT01NNPIZdxbbxTH4HaWOB2e8IELPTKB8aMrZv3M3N056bi87JOgrWVP6PjWB0i6wbkck2C0Nnng8YeOCrIM/hELxRW5shZymqY7EgIXi2zR2FJf2ePw

Folio ochenta y cinco (85)

FECHA: 26/2/2021

HORA: 10:58:55

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : EMELIN DAYANI COLINDRES MACHADO

Cuenta Beneficiada : 120420057719

Dirección Beneficiario : VILLANUEVA

Banco Beneficiario : BANCO ATLANTIDA S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 22,000.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 22,030.00

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

22032





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 03:03 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28827

L.: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6091
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No.Cheque/Nota de Debito: _____
Paguase a: ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA Id/RTN: 050920000130
La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripcion:

Pago por servicios de apoyo en el traje al Sr. Erik Jafet Villanueva Sierra correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS



CÓDIGO	PROYECTO / OBJETIVO / GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Afiliado (SA):

Firma y Sello de Tesorería:

Recibido por:
Identidad No.:

0s+js/j9Jmd9bRj3ZNqQud6Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1NNPIZdxbbxTH4HaWOB2eBILPtkB8aMrZv3M3N056bi87JCgrwWP6/PjWB0I6w6kck2OziNmng6YeOCrIW
HELxRW5shZymqY7E6(X)2zR2FjF2ePw

FECHA: 26/2/2021

HORA: 10:58:33

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA

Cuenta Beneficiada : 2081276794

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL

Banco Beneficiario : BANCO DAVIVIENDA HONDURAS S.A

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 11,480.43

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

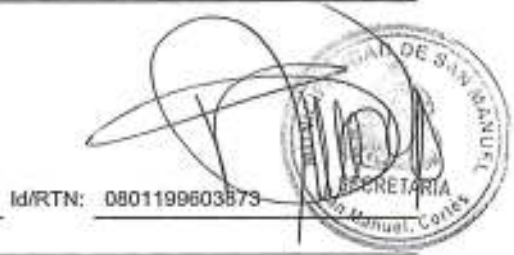
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 03:00 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28823
L.: 22,000.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6087
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No.Cheque/Nota de Debito: _____
Pague a: GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES
La Cantidad en Letras: VEINTIDOS MIL CON CERO CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios médicos a la Sra. Geidy Nicol Sosa Almendares correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	22,000.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	22,000.00
Monto Total:		22,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	22,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	22,000.00

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesorero:

Firma y Sello de Alcalde (sa):



Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0e+rja9Jmxd9bRj3ZNqQuo6Tn3LU0eEZE5r76FqDTC1NNP2dxbb6PH4HqWU02e8IELPTK88aMrZv3M3N056b87JiOgnWIP6PjvB0i6wbk2OrNnng5YeOCrMw hELxRW5shZymqY7E5tXi2zR2FJf2ePw

FECHA: 26/2/2021

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

HORA: 10:56:10

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES**

Cuenta Beneficiada : 214370117754

Dirección Beneficiario : **SAN MANUEL CORTES**

Banco Beneficiario : **BANCO OCCIDENTE S.A.**

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 22,000.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 22,030.00

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**

28823



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 02:58 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28819
L: 29,337.63



Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6083
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No.Cheque/Nota de Debito: _____
Pague a: Gina Marlene Benitez Romero
La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS

Id/RTN: 05011991125426

Descripción:

Pago por servicios medicos a la Sra. Gina Marlene Benitez Romero, correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO DE GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

CODIGO	REFERENCIAS DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	REQUERIMIENTOS DE FUERZA HONDURAS DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesorería:

Firma y Sello de Alcalde:

Recibido por:
Identidad No.:

0s+jsj9Jmd9bRj32NgQud6Tn3LU0oEZESr76FqDTo1NNPIZdxbbxTH4HsW082e8ELPTK8sAMZi3M3N056a87JIOgrWIP6/PjWB0i6wbkck2OrlNnng6YeOCrM/hELxRW5ahZymqY7EjXl2zR2FJf2ePw

FECHA: 26/2/2021
HORA: 10:55:49

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.
RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : GINA MARLENE BENITEZ ROMERO

Cuenta Beneficiada : 729497401

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL

Banco Beneficiario : BAC HONDURAS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

Folio n° 10 y dos (92)



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 23/03/2021
Hora : 02:57 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28818
L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6082
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No. Cheque/Nota de Débito: _____
Páguese a: JORGE ALBERTO RUANO CUEVA
La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Id/RTN: 0101199300241

Descripción:

Pago por servicios médicos al Sr. Jorge Alberto Ruano Cueva, correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / DESCRIPCION	MONTOS
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTOS
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTOS
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN OTRO ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesorería:

Firma y Sello del Alcalde:

Recibido por:
Identidad No.:

0a+rj9Jmd9bRg3ZnqQud6Tn3LU0eEZE5r76FqDT01NNPIZdxbbxTH4HaWOB2e9IElPTK6aRm2v3M3N056bi87J0grWp6PjWb06wbkck2Or/Nnng6YeOCrIM/hELxRW5shZymqY7E9X2zR2FJf2ePw

FECHA: 26/2/2021
HORA: 10:55:45

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **JORGE ALBERTO RUANO CUEVA**

Cuenta Beneficiada : 743395031

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BAC HONDURAS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**



29/02/21

TOLU NOVEMBER 2021 (CL)



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 02:59 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28822
L: 18,000.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6086
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No. Cheque/Nota de Débito: _____
Pague a: JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS
La Cantidad en Letras: DIECIOCHO MIL CON CERO CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios médicos al Sr. José Elías Bautista Iglesias correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	18,000.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	18,000.00
Monto Total:		18,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	18,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	18,000.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcalde

Recibido por:
Identidad No.:

0s+js/9Lmd9bR(3ZNgQud6Tn3LU0aEZE5i70Pq4DfNPIZdxbbxTH4hW082e8ELPTK86aMrZv3M3N056bi87J/OgnW/P6PjWB06wbkck2Or/Nnng6YeOCrIM/
hELxRW5shZymqY7E8IXI2zR2FJf2ePw

FECHA: 26/2/2021
HORA: 10:55:59

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.
RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS

Cuenta Beneficiada : 212560001580

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO OCCIDENTE S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 18,000.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 18,030.00

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

25822



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 28/06/2021

Hora : 03:24 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 29028

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6288

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: JOSE LUIS BAIDE PAZ

Id/RTN: 1626199000345

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios médicos al Sr. Jose Luis Baide Pazo, correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

SUBTOTAL		29,337.63
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario	Firma y Sello de Tesorería
Firma y Sello de Alcalde (sa)	

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

Os+jsJ9Jrod9bRj3ZnqQud6Tn3LU0eEZE5r76FgDTo1NNP1QZdxbbxTH4HaWOB2e8IELPTK88aMrZv3M3N056bi87JiOgnWIP6FjWB0i6wbkck2OrNnng6YeOCrIM/HELxRW5shZymqY7EjX2zR2FJf2ePw

FECHA: 26/2/2021

HORA: 10:55:52

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : JOSE LUIS BAIDE PAZ

Cuenta Beneficiada : 1204190506

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BANCO ATLANTIDA S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 23/03/2021

Hora : 03:10 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28829

L.: 12,600.00



Tipo de Expediente: REGULARIZACIÓN GASTOS

Expediente No.: 6093

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO

Id/RTN: 0512199602069

La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Pago por servicios medicos a la Sra. Keiry Sarahy Guevara Bueso Bautista correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 025 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	12,600.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,600.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcalde

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0s+jsf9Jmd9bR32NqCud6Tn3LU0eE2Ez70P51O1NNPIZ6xbxTH4HaWOB2e8IELPTKBSAMZv3M3N056bi87J/OgnWIP6/PjW806wbkck2Or/Nnng6YeOCriM/hELxRW5ahZymqY7E6XG2zR2FjF2ePw

FECHA: 26/02/2021

HORA: 10:56:44

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO**

Cuenta Beneficiada : 211140076520

Dirección Beneficiario : **SAN MANUEL CORTES**

Banco Beneficiario : **BANCO DEL PAIS S.A.**

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 12,600.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

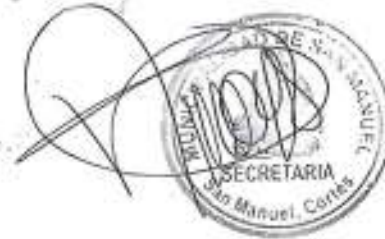
Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 12,630.00

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS**

23828





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 03:23 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28831

L.: 12,600.00

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6095

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES

Id/RTN: 1801198500302

La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios medicos a la Sra. Maria de la Paz Cordova correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	12,600.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,600.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (a)

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

FECHA: 26/02/2021

HORA: 10:56:50

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : MARIA DE LA PAZ CORDOVA

Cuenta Beneficiada : 212100801290

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO OCCIDENTE S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 12,600.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

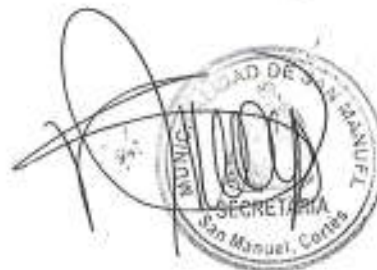
Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 12,630.00

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

28930



Folio Ciento dos (102)



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

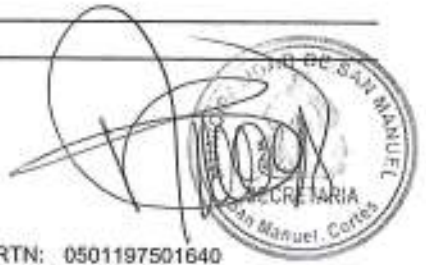
Emisión: 23/03/2021
Hora : 03:09 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28828

L.: 11,450.43



Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6092

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA

Id/RTN: 0501197501640

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

Pago por servicios de apoyo en el triaje a la Sra. Maria del Carmen Sagastume Bautista correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/ OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello del Alcalde (sa)

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

Folio Ciento tres (103)

FECHA: 26/02/2021

HORA: 10:56:36

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA

Cuenta Beneficiada : 07401010025807

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : 0.00

Tasa de Seguridad : 0.00

Monto Total : HNL 11,450.43

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

28327



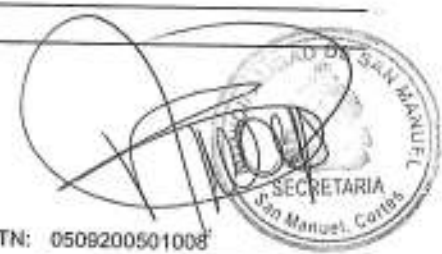
SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 03:03 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28826
L.: 11,450.43



Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6090
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No. Cheque/Nota de Débito: _____
Paguese a: MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA
La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Id/RTN: 0508200501008

Descripción:

Pago por servicios de apoyo en el triaje al Sr. Marvin Omar Barahona Maradiaga correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

Código	PROYECTO/ OBJETO GASTO	Monto
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

RETENCIONES		
Código	DESCRIPCION	Monto
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECCIONES PRESUPUESTARIAS		
Código	DESCRIPCION	Monto
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuesto

Firma y Sello de Alcaldía

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:
Identidad No.:

FECHA: 26/2/2021

HORA: 10:56:29

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA

Cuenta Beneficiada : 07401010034964

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 11,450.43

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : 0.00

Tasa de Seguridad : 0.00

Monto Total : HNL 11,450.43

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020 FUERZA HONDURAS

Handwritten signature and circular stamp of the San Manuel Cortes Secretariat. The stamp contains the text 'SECRETARIA San Manuel Cortes'. A handwritten number '3825' is written above the stamp.



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 02:59 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28821
L: 12,600.00



Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS
Expediente No.: 6085
Fecha de Emisión: 26/2/2021
No. Cheque/Nota de Débito: _____
Pague a: MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA
La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Id/RTN: 1801200201671

Descripción:

Pago por servicios médicos a la Sra. Mildred Haydee Murillo Amaya correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/OP/ENCARGO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		12,600.00
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		12,600.00

Firma y Sello de Presupuesto

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcaldía

Recibido por:
Identidad No.:

0s+jsj9Jmd9bRj32NqQud6Tn3LU0eEZE5r76FqDYO1NNP12dxbbxTH4HaWOB2e0IELPTKB88mZy3h3N056bi87J/Ognw/P6/PYWB0fwbkck2Or/Nnng6YeOCrIM
hELxRW5shZymqY7E9X12zR2FJF2oPw

Folio Cuatro Siete (107)

FECHA: 26/2/2021

HORA: 10:55:55

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA

Cuenta Beneficiada : 210120015277

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL CORTES

Banco Beneficiario : BANCO DEL PAIS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 12,600.00

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 12,630.00

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

2021





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021

Hora : 03:02 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28824

L: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6088

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Pagase a: NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA

Id/RTN: 0512199701238

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios de apoyo en el triaje al Sr. Nelson Josue Hernandez correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		11,450.43
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

FECHA: 26/02/2021

HORA: 10:58:22

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **NELSON JOSUE HERNANDEZ**

Cuenta Beneficiada : 07401010027304

Dirección Beneficiario : **SAN MANUEL CORTES**

Banco Beneficiario : **BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.**



Detalles de Transferencia

Monto : **HNL 11,450.43**

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : 0.00

Tasa de Seguridad : 0.00

Monto Total : **HNL 11,450.43**

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**

202021



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 03:02 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28825

L: 11,450.43

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6089

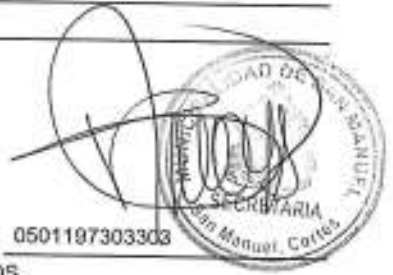
Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: PATRICIA TERESA MARADIAGA

Id/RTN: 0501197303303

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios de apoyo en el triaje a la Sra. Patricia Teresa Maradiaga correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		11,450.43
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		11,450.43

Firma y Sello de Presupuestado

Firma y Sello de Alcalde

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:
Identidad No.:

Os+jsf9.Jmd9bRj3ZNqQud6Tn3LU0eEZE5e76FqDTo1NnPIZdxbbxTH4HaWOB2e8ELP1KBSaM7z3M3N056bi87.JOgnWIP6PjWB0i6wbkck2Ov/Nnng5YeOCrW
NELxRW5shZymqY7EjIXIzr2FJf2ePw

FECHA: 26/02/2021

HORA: 10:56:28

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **PATRICIA TERESA MARADIAGA**

Cuenta Beneficiada : 07401010035570

Dirección Beneficiario : **SAN MANUEL CORTES**

Banco Beneficiario : **BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.**

Detalles de Transferencia

Monto : **HNL 11,450.43**

Fecha de Transferencia : **26/02/2021**

Cargo por Servicio : **0.00**

Tasa de Seguridad : **0.00**

Monto Total : **HNL 11,450.43**

Razón de transferencia : **SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS**

28/02/2021



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021

Hora : 02:57 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28817

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6081

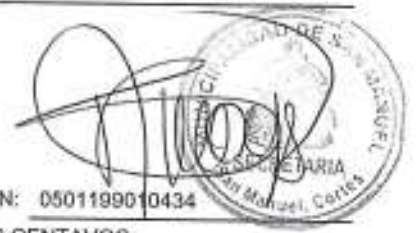
Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: SADIA CELESTE MONTOYA GUTIERREZ

Id/RTN: 0501199010434

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios medicos a la Sra. Saida Celeste Montoya Gutierrez, correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTA
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTA
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN DE RETENCIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTA
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Alcalde:

Firma y Sello de Tesorería:

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

FECHA: 26/2/2021

HORA: 10:55:42

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferecia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : SADIA CELESTE MONTOYA GUTIERREZ

Cuenta Beneficiada : 725192271

Dirección Beneficiario : San Manuel

Banco Beneficiario : BAC HONDURAS S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

2021

Folio cincocientos (114)



Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/03/2021
Hora : 03:25 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28832

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6096

Fecha de Emisión: 26/2/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: SKARLETH ROBERTA ENAMORADO DIMAS

Id/RTN: 0511199000638

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios medicos a la Sra. Skarleth Roberta Enamorado correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/OBJETO/GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuesto

Firma y Sello de Alcaldía

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:
Identidad No.:

FECHA: 26/2/2021

HORA: 10:58:14

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: Transferencia Nacional

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : SKALETH ROBERTA ENAMORADO

Cuenta Beneficiada : 022120061266

Dirección Beneficiario : SAN MANUEL

Banco Beneficiario : BANCO ATLANTIDA S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 23/03/2021
Hora : 02:56 p.m.
USUARIO: I.ESPINAL
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28816
L: 29,337.63

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6080

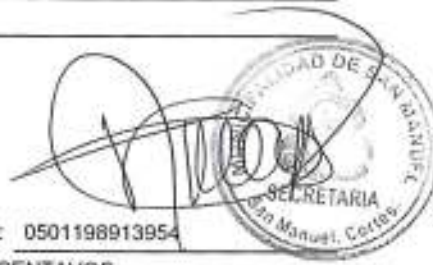
Fecha de Emisión: 26/2/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: VICTORIA ALEJANDRA GUTIERREZ ANDINO

Id/RTN: 0501198913954

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS



Descripción:

Pago por servicios médicos a la Sra. Victoria Alejandra Gutierrez Andino, correspondiente al mes de noviembre del 2020 con fondos de FUERZA HONDURAS

CODIGO	PROYECTO/ OBJETIVO/ CASO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AYUDACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
DESCRIPCION	MONTO
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello del Alcalde(a)

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

FECHA: 26/2/2021

HORA: 10:55:38

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : VICTORIA ALEJANDRA GUTIERREZ ANDINO

Cuenta Beneficiada : 023320109582

Dirección Beneficiario : SAN PEDRO SULA

Banco Beneficiario : BANCO ATLANTIDA S.A.

Detalles de Transferencia

Monto : HNL 29,337.63

Fecha de Transferencia : 26/02/2021

Cargo por Servicio : HNL 30.00

Tasa de Seguridad : HNL 0.00

Monto Total : HNL 29,367.63

Razón de transferencia : SUBSIDIO DE SALUD MES DE NOVIEMBRE 2020
FUERZA HONDURAS

25816





Honduras, C.A.

SAN MANUEL, CORTÉS
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 19/03/2021

Hora : 01:41 p.m.

USUARIO: I.ESPINAL

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 28779

L: 11,450.43



Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 6043*

Fecha de Emisión: 17/3/2021

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: KEYLA FABIANA BUSTILLO OVIEDO

Id/RTN: 0509200000342

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

Cancelación por servicios al personal de apoyo en el centro de triaje correspondiente al mes de Noviembre mediante programa fuerza Honduras.

CODIGO	PROYECTO/OBJETIVO/GASTO	MONTO
11 02 000 026 000 55110 14-227-07	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,450.43

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	RESERVA/APORTACIONES PRESUPUESTARIAS	MONTO
14-227-07	FUERZA HONDURAS	11,450.43
Monto Total:		11,450.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,450.43
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,450.43

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por: _____

Identidad No.: _____

0s+jsj9Jmd9bRj3ZnqQud6Tn3LU0eEZE5r76FqDTo1NNPIZdxbbxTH4HaWOB2e8ELPKB8aMr2QM3N056k87J/OgnWIP6/PjWB016wbkck2Or/Nnng6YeOCrIW
nELxRW5shZymqY7EgUX2zR2FJf2ePw

Folio Ciento diecinueve (119)

FECHA: 17/3/2021

HORA: 11:17:04

BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS S.A.

RECIBO DE TRANSFERENCIA NACIONAL



Tipo de Transferencia: **Transferencia Nacional**

Detalles de Cuenta

Número de Cuenta : 07403010001621

Detalle del Beneficiario

Beneficiario : **KEYLA FABIANA BUSTILLO OVIEDO**

Cuenta Beneficiada : 07401010034950

Dirección Beneficiario :

Banco Beneficiario : **BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.**

Detalles de Transferencia

Monto : **HNL 11,450.43**

Fecha de Transferencia : 17/03/2021

Cargo por Servicio : **HNL**

Tasa de Seguridad : **HNL**

Monto Total : **HNL 11,450.43**

Razón de transferencia : **CANCELACION CONTRATO FUERZA HONDURAS
NOVIEMBRE 2020**



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará **"LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE"**; y por otra parte el señor **BRAYAN JEYSON HERNANDEZ MORALES** mayor de edad, estado civil soltero, profesión u oficio **DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en El Progreso, Yoro con Tarjeta de Identidad número 1804-1993-02031, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará **"LA CONTRATISTA"**, hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]


Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales del señor BRAYAN JEYSON HERNANDEZ MORALES, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS:

Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]


que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de diciembre del año dos mil veinte (2020).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

[Handwritten signature]

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES: Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de VEINTE Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 29,337.63) y será pagado de forma mensual por valor de VEINTE Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 29,337.63), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

- a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.-
- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato.
- d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.-
- e) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.-
- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.-
- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.-
- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).




LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL



BRAYAN JEYSON HERNANDEZ MORALES
CONTRATISTA




SECRETARIA
San Manuel, Cortés

CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**PROFESIONALES EN SALUD**

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señorita **DULCE ROCIO PEREZ PAZ** mayor de edad, estado civil soltera, profesión u oficio **DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Pedro Sula, Cortes con Tarjeta de Identidad número 1803-1994-00739, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.

The block contains a handwritten signature in black ink, which appears to be 'Dulce Rocio Perez Paz'. To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text 'MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES' around the top edge and 'SECRETARIA' at the bottom. The center of the stamp is partially obscured by the signature.

Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señorita DULCE ROCIO PEREZ PAZ, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) **MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES:** Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS CON OCHENTA Y NUEVE CENTAVOS (L. 88,012.89) y será pagado de forma mensual por valor de VEINTE Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 29,337.63), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo;

c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la



Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL




DULCE ROCIO PEREZ PAZ
CONTRATISTA


SECRETARIA
San Manuel, Cortés



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**PROFESIONALES EN SALUD**

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señorita **EMELIN DAYANI COLINDRES MACHADO** mayor de edad, estado civil soltera, profesión u oficio **DOCTORA EN MICROBIOLOGIA CON ORIENTACION EN ANALISIS CLINICOS**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Pedro Sula, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0303-1996-00019, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación



de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.

Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señorITA, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS:

Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su



cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica, que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de diciembre del año dos mil veinte (2020).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.


SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:


a) **MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES:** Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de VEINTE Y DOS MIL LEMPIRAS (L. 22,000.00) y será pagado de forma mensual por valor de VEINTE Y DOS MIL LEMPIRAS (L. 22,000.00), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo;

c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

 **SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE** basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

 a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaria de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se



que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL


EMELIN DAYANI COLINDRES MACHADO
CONTRATISTA

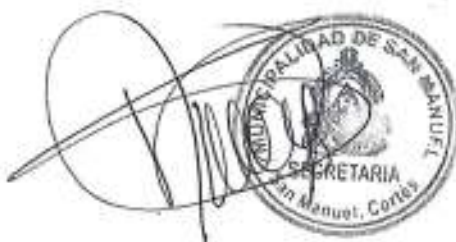

SECRETARÍA
San Manuel, Cortés

CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte el joven **ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA** mayor de edad, estado civil Soltero, profesión u oficio Mecánico, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Manuel, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0509-2000-00130, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE AYUDANTE EN SALUD.**- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



A handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page.

Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de él joven ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica.



[Handwritten signature]

que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) **MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES:** Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de TREINTA Y CUATRO MILTRESIENTOS CINCUENTA Y UN LEMPIRAS CON CUERENTA Y SEIS CENTAVOS (L. 34,351.46) y será pagado de forma mensual por valor de ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA LEMPIRAS CON CUERENTA Y TRES CENTAVOS (L. 11,450.43), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



[Handwritten signature]

b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- e) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad.



Manuel Cortes

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a **LA MUNICIPALIDAD**, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este **CONTRATO**, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL





ERIK JAFET VILLANUEVA SIERRA
CONTRATISTA

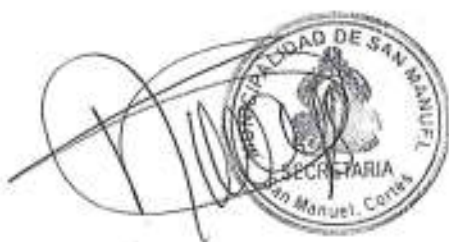

SECRETARIA
San Manuel, Cortés



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará **“LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE”**; y por otra parte la señorita **GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES** mayor de edad, estado civil soltera, profesión u oficio Microbióloga, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Pedro Sula, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0801-1996-03873, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará **“LA CONTRATISTA”**, hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD.**- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer las acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



A large, dark ink handwritten signature is located in the bottom right corner of the page.

Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señorita GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas, LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica.



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES: Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de SESENTA Y SEIS MIL LEMPIRAS (L. 66,000.00) y será pagado de forma mensual por valor de VEINTE Y DOS MIL LEMPIRAS (L. 22,000.00), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes.

b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; e) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- e) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaría de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud



contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL




GEIDY NICOL SOSA ALMENDARES
CONTRATISTA


SECRETARIA



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señora **GINA MARLENE BENITEZ ROMERO** mayor de edad, estado civil casada, profesión u oficio **DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en Col. Trejo, San Pedro Sula, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0501-1991-12542, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.




Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señora GINA MARLENE BENITEZ ROMERO, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaria de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, **LA CONTRATISTA** se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. **LA CONTRATISTA** acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con **LA MUNICIPALIDAD** a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



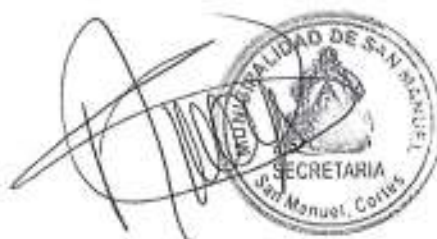
que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) **MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES:** Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de **OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS CON 89 CENTAVOS (L. 88,012.89)** y será pagado de forma mensual por valor de **VEINTE Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 29,337.63)**, fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo;

c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- e) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se



exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

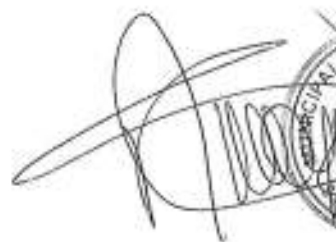

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los seis (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).



LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL

GINA MARLENE BENITEZ ROMERO
CONTRATISTA

CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**PROFESIONALES EN SALUD**

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará **"LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE"**; y por otra parte el señor **JORGE ALBERTO RUANO CUEVA** mayor de edad, estado civil soltero, profesión u oficio **DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Pedro Sula, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0101-1993-00241, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará **"LA CONTRATISTA"**, hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD.**- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales del señor JORGE ALBERTO RUANO CUEVA, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que sea posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) **MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES:** Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS CON OCHENTA Y NUEVE CENTAVOS (L. 88,012.89) y será pagado de forma mensual por valor de VEINTE Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 29,337.63), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaría de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud



contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

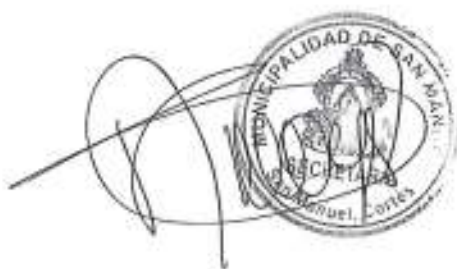
OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL




JORGE ALBERTO RUANO CUEVA
CONTRATISTA



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte el señor **JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS** mayor de edad, estado civil casado, profesión u oficio **LICENCIADO EN ENFERMERIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Manuel Cortes, con Tarjeta de Identidad número 1305-1992-00194, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD.-** El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.






Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales del señor JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posibilite a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

[Handwritten signature and scribbles on the left margin]

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES: Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de CINCUENTA Y CUATRO MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 54,000.00) y será pagado de forma mensual por valor de DIEZ Y OCHO MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 18,000.00), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;

[Handwritten signatures and official stamp of the Municipality of San Marcos, Guatemala]

b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud



contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este **CONTRATO**, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).



LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL


JOSE ELIAS BAUTISTA IGLESIAS
CONTRATISTA




CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte el señor **JOSE LUIS BAIDE PAZ** mayor de edad, estado civil soltero, profesión u oficio **DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en Villanueva, Cortes con Tarjeta de Identidad número 1626-1990-00345, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales del señor JOSE LUIS BAIDE PAZ, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.



TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica, que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el



pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) **MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES:** Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS CON OCHENTA Y NUEVE CENTAVOS (L. 88,012.89) y será pagado de forma mensual por valor de VEINTE Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 29,337.63), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaria de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud

[Handwritten signature]



contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL





JOSÉ LUIS BAIDE PAZ
CONTRATISTA



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señorita **KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO** mayor de edad, estado civil soltera, profesión u oficio **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en La Lima, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0512-1996-02069, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:



PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTÉS**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales la señorita KEIRY SARAHY GUEVARA BUESO, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posibilite a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, **LA CONTRATISTA** se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. **LA CONTRATISTA** acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con **LA MUNICIPALIDAD** a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a **LA MUNICIPALIDAD** de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) **LA CONTRATISTA** se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de **LA MUNICIPALIDAD**, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) **MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES:** Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de **TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS (L. 37,800.00)** y será pagado de forma mensual por valor de **DOCE MIL SEICIENTOS LEMPIRAS EXACTOS (L. 12,600.00)**, fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud



contratados mediante el **Programa Presidencial Código Verde**, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA **MUNICIPALIDAD**, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este **CONTRATO**, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL




KEIRY SARAHI GUEVARA BUESO
CONTRATISTA



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señora **MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES** mayor de edad, estado civil soltera, profesión u oficio **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en Tacamiche San Manuel, Cortes con Tarjeta de Identidad número 1801-1985-00302, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señora MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posibilite a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, **LA CONTRATISTA** se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS:

Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. **LA CONTRATISTA** acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con **LA MUNICIPALIDAD** a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) **MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES:** Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de **TREINTA SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS (L. 37,800.00)** y será pagado de forma mensual por valor de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 12,600.00)**, fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaria de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud



contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: La señora MILDRES HAYDEE MURILLO AMAYA Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este **CONTRATO**, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).



LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL


MARIA DE LA PAZ CORDOVA ROSALES
CONTRATISTA



SECRETARIA
San Manuel, Cortés

CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señora **MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA** mayor de edad, estado civil Unión Libre, profesión u oficio **AMA DE CASA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Manuel, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0501-1975-00640, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE LIMPIEZA**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



Maria del Carmen Sagastume Bautista

Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señora MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



Maria del Carmen Sagastume Bautista

que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 7 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES: Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN LEMPIRAS CON VEINTE Y NUEVE CENTAVOS (L. 34,351.29) y será pagado de forma mensual por valor de ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA LEMPIRAS CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS (L. 11,450.43), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



Maria del Carmen [Signature]

b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

Handwritten signature and initials on the left margin.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

- a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- e) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad.



Handwritten signature: maria del Carmen Zapata B

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA **MUNICIPALIDAD**, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este **CONTRATO**, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL




MARIA DEL CARMEN SAGASTUME BAUTISTA
CONTRATISTA



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**PROFESIONALES EN SALUD**

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte el señor **MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA** mayor de edad, estado civil soltero, profesión u oficio, de nacionalidad hondureña, con domicilio en Coowle, San Manuel, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0509-2005-01008, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO AYUDANTE EN SALUD.**- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales del señor MARVIN OMAR BARAHONA MARADIAGA, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, **LA CONTRATISTA** se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. **LA CONTRATISTA** acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con **LA MUNICIPALIDAD** a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) **MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES:** Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de **TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN LEMPIRAS (L.34,351.29)** y será pagado de forma mensual por valor de **ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA LEMPIRAS CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS (L. 11,450.43)**, fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliera alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud



contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO

ALCALDE MUNICIPAL





MARVIN QMAR BARAHONA MARADIAGA

CONTRATISTA



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**PROFESIONALES EN SALUD**

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señora **MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA** mayor de edad, estado civil casada, profesión u oficio **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en Villanueva, Cortes con Tarjeta de Identidad número 1801-2002-01671, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer las acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



Mildred
Murillo

Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señora MILDRED HAYDEE MURILLO AMAYA, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



Mildred Murillo

que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES: Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de TREINTA SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS (L. 37,800.00) y será pagado de forma mensual por valor de DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 12,600.00), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;

Mildred Murillo

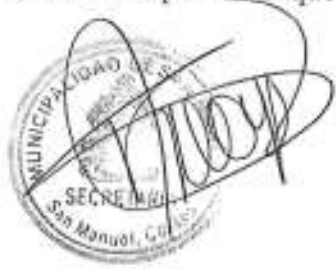


b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.- e) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaria de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud

Milchod NUNO



TOLU cinco ochenta y (189) nueve

contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: La señora MILDRES HAYDEE MURILLO AMAYA Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este **CONTRATO**, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL



Mildred Murillo
MILDRES HAYDEE MURILO AMAYA
CONTRATISTA



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**PROFESIONALES EN SALUD**

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte el joven **NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA** mayor de edad, estado civil soltero, profesión u oficio **TECNICO MECANICO INDUSTRIAL** de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Manuel, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0512-1997-01228, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTÉS**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales del joven NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES: Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN LEMPIRAS (L. 34,351.29) y será pagado de forma mensual por valor de ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA LEMPIRAS CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS (L. 11,450.43), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:


- a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.-
- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato.
- d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.-
- e) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.-
- f) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.-
- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.-
- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaria de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud



contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este **CONTRATO**, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL


NELSON JOSUE HERNANDEZ BONILLA
CONTRATISTA


SECRETARIA
San Manuel, Cortés

CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señora **PATRICIA TERESA MARADIAGA** mayor de edad, estado civil Soltera, profesión u oficio **PERITO MERCANTIL Y CONTADOR PUBLICO**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Manuel, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0501-1973-03303, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE LIMPIEZA.**- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer las acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.



Patricia Teresa Maradiaga

Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señora PATRICIA TERESA MARADIAGA, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaria de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

[Handwritten signature and scribbles on the left margin]

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES: Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN LEMPIRAS CON VEINTE Y NUEVE CENTAVOS (L. 34,351.29) y será pagado de forma mensual por valor de ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA LEMPIRAS CON CUERENTA Y TRES CENTAVOS (L. 11,450.43), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



[Handwritten signature]

b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

- a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.-
- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad.



A handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: PATRICIA TERESA MARADIAGA

manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de septiembre del año dos mil veinte (2020).





LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO

ALCALDE MUNICIPAL



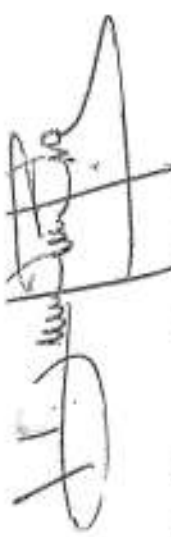
PATRICIA TERESA MARADIAGA

CONTRATISTA



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señora **SADIA CELESTE MONTOYA GUTIERREZ** mayor de edad, estado civil soltera, profesión u oficio **DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Pedro Sula, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0501-1990-10434, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:



PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (**COVID-19**), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con **COVID-19**.



Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señorita SADIA CELESTE MONTOYA GUTIERREZ, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posibilite a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES: Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS CON OCHENTA Y NUEVE CENTAVOS (L. 88,012.89) y será pagado de forma mensual por valor de VEINTE Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 29,337.63), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo;

c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

- a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.-
- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato.
- d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.-
- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaría de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.-
- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.-
- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.-
- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se



Handwritten signature.

exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL




SADIA CELESTE MONTOYA GUTIERREZ
CONTRATISTA



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señora **SKARLETH ROBERTA ENAMORADO DIMAS** mayor de edad, estado civil soltera, profesión u oficio **DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Manuel, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0511-1990.00638, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (**COVID-19**), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con **COVID-19**.



Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señorita SKARLETH ROBERTA ENAMORADO DIMAS, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaria de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

Handwritten signatures and initials on the left margin.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES: Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS CON OCHENTA Y NUEVE CENTAVOS (L. 88,012.89) y será pagado de forma mensual por valor de VEINTE Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 29,337.09), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

- a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.-
- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato.
- d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.-
- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.-
- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.-
- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.-
- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud

[Handwritten signatures and scribbles on the left margin]



contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL

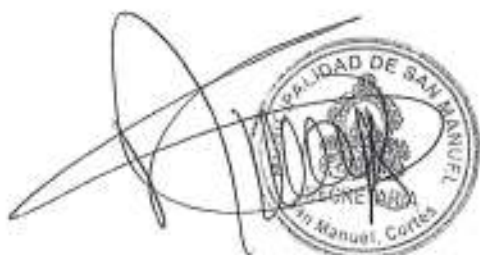

SKARLETH ROBERTA ENAMORADO DIMAS
CONTRATISTA


SECRETARIA
San Manuel, Cortés

CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**PROFESIONALES EN SALUD**

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señorita **VICTORIA ALEJANDRA GUTIERREZ ANDINO** mayor de edad, estado civil soltera, profesión u oficio **DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Manuel, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0501-198913954, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD**.- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer la acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.

The block contains a handwritten signature in black ink, which appears to be 'Victoria A. Gutierrez Andino'. To the right of the signature is a circular official seal. The seal features a central emblem with a figure and is surrounded by the text 'MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL' at the top and 'San Manuel, Cortes' at the bottom.

Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señorita VICTORIA ALEJANDRA GUTIERREZ ANDINO, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posible a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, **LA CONTRATISTA** se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. **LA CONTRATISTA** acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con **LA MUNICIPALIDAD** a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica, que



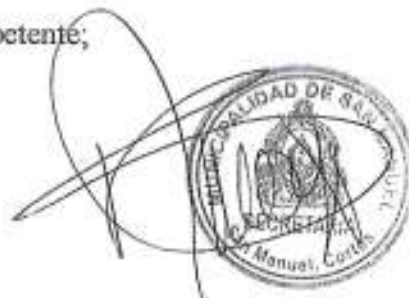
forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de febrero del año dos mil veintiuno (2021).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) **MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES:** Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de **OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS CON OCHENTA Y NUEVE CENTAVOS (L. 88,012.89)** y será pagado de forma mensual por valor de **VEINTE Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 29,337.63)**, fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;



- b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo;
- c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

- a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta. - b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres. - e) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones. - d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato. - e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE. - f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud contratados



mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: la señorita VICTORIA ALEJANDRA GUTIERRREZ ANDINO Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).

Quichín 3/11/20



LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL



VICTORIA ALEJANDRA GUTIERRREZ ANDINO
CONTRATISTA



CONTRATO PRIVADO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES EN SALUD

Nosotros: Por una parte el señor **REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO**, mayor de edad, casado, Licenciado en Economía agrícola del domicilio de San Manuel, Cortés, con tarjeta de identidad número 0509-1965-00127 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de San Manuel, Cortes, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA MUNICIPALIDAD Y/O EL ALCALDE MUNICIPAL O CONTRATANTE**"; y por otra parte la señora **KEYLA FABIANA BUSTILLO OVIEDO** mayor de edad, estado civil soltera, profesión u oficio **CICLO COMUN**, de nacionalidad hondureña, con domicilio en San Manuel, Cortes con Tarjeta de Identidad número 0509-2000-00342, que en lo sucesivo para los efectos del presente contrato se denominará "**LA CONTRATISTA**", hemos convenido en celebrar el presente **CONTRATO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE AYUDANTE** .- El contrato se rige bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERO: JUSTIFICACION LEGAL DEL CONTRATO: Amparado en el Decreto Ejecutivo Número **PCM-005-2020** emitido por el Presidente de la República en Consejo de Ministros publicado en la Diario Oficial La Gaceta el 10 de febrero de 2020, mediante el cual se declaró **ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA** en todo el territorio nacional, por consiguiente, la **MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL, CORTES**, de igual manera, amparándose en los Acuerdos emitidos por el **SINAGER** mediante los cuales a la fecha han ampliado la emergencia nacional sanitaria, todo con el propósito de fortalecer las acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas con la concurrencia de infección por coronavirus (COVID-19), asimismo, fundamentado en el espíritu del **PROGRAMA FUERZA HONDURAS** que emprendió el Gobierno de la Republica, encaminado a contratar personal, insumos de protección personal y medicamentos, habilitación de unidades ambulatorias de estabilización y observación, unidades de salud de primer y segundo nivel equipados para atención de pacientes con COVID-19.

Keyla Fabiana Bustillo



Consecuentemente, "LA MUNICIPALIDAD" para coadyuvar en la salud de la población del municipio de San Manuel, Cortés, contrata los servicios profesionales de la señorita KEYLA FABIANA BUSTILLO OVIEDO, quien se obliga a desarrollar su labor o servicios en las actividades comprendidas en la ejecución del PROGRAMA FUERZA HONDURAS que se realiza en el municipio de San Manuel, Cortés, en los lugares y sitios o centros de salud, horarios y metodología que designe o determine la Secretaría de Salud o la Dirección Regional/Municipal de Salud del Departamento de Cortés. La Municipalidad podrá brindar apoyo cuando sea factible dentro del presupuesto municipal para que se posibilite a La Contratista el desempeño sus funciones.

SEGUNDO: RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO: La responsabilidad del cumplimiento de lo concerniente al presente contrato recae bajo la subordinación de la Jefatura de la Dirección de Salud Municipal, que está ubicada en el Centro de Salud del Casco Urbano de San Manuel, Cortés.

Por consiguiente, LA CONTRATISTA se compromete y obliga a respetar y cumplir los lineamientos, ordenes, reglamentos y las regulaciones o directrices emitidas por la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras.

TERCERO: DOCUMENTOS DEL CONTRATO Y PROPÓSITO DE LOS MISMOS: Forman parte del presente contrato y con él constituyen un solo instrumento legal el siguiente documento: Informes mensuales del cumplimiento de las actividades proyectadas en los planes operativos. **PROPÓSITO:** los documentos del contrato tienen como fin primordial describir las modalidades de ejecución de las labores realizadas. LA CONTRATISTA acepta expresamente que está obligada a ejecutar por el valor contratado, todos los trabajos de conformidad con el presente contrato.

CUARTO: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES: Por el presente contrato "LA CONTRATISTA" se obliga para con LA MUNICIPALIDAD a ejecutar por su cuenta las actividades indicadas en los Términos de Referencia adjuntos y oferta económica,

Keyla Fabiana Bustillo

Handwritten signature on the left margin.



que forman parte de este contrato, las leyes aplicables; asumiendo la responsabilidad por el pago de las obligaciones laborales que se deriven de este contrato, liberando desde ya a LA MUNICIPALIDAD de cualquier responsabilidad laboral, civil o penal que pudiere derivarse de la ejecución de este contrato.

QUINTO: INICIO, TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y PRORROGA DEL CONTRATO: El cual será de la forma siguiente:

a) LA CONTRATISTA se compromete y obliga a iniciar los servicios profesionales a partir del 07 de noviembre del año dos mil veinte (2020) y vence el 07 de diciembre del año dos mil veinte (2020).- b) El presente contrato en primera instancia, podrá ser renovado únicamente bajo la voluntad exclusiva de LA MUNICIPALIDAD, por consiguiente, la renovación del contrato no es automática deberá constar por escrito un nuevo contrato con las mismas condiciones o condiciones distintas en base al marco legal establecido.- c) En su defecto, el contrato podrá ser renovado a petición de ambas partes.- d) El presente contrato puede ser rescindido o darse por terminado antes del plazo convenido por cualquiera de las partes, por casos de fuerza mayor, casos fortuitos, por motivos presupuestarios y/o por cualquier otro motivo o circunstancia a conveniencia de la Municipalidad, sin que esto acarree responsabilidad legal o penalidad de cualquier tipo a las partes.

[Handwritten signature]

SEXTO: MONTO DEL CONTRATO, PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES Y CONDICIONES ESPECIALES: El cual será de la forma siguiente:

a) MONTO DEL CONTRATO Y PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES: Todos los servicios profesionales que se describan en el presente contrato tiene un costo total de ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA LEMPIRAS CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS (L. 11,450.43) y será pagado de forma mensual por valor de ONCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA LEMPIRAS CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS (L. 11,450.43), fondos provenientes del PROGRAMA FUERZA HONDURAS haciendo la observación que de este monto se retendrá impuesto sobre la renta según lo establece la ley si fuere aplicable, a menos que se presente constancia vigente de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuenta emitida por la autoridad competente;

Keyla Fabiana Bustillo



b) Queda también aclarado y convenido que el pago a realizar no constituye en ningún momento pago de salarios o remuneración salarial, debido a que el presente contrato es por servicios profesionales y el pago a realizar es en concepto de honorarios profesionales, no está regido o no se dan los requisitos o presupuestos establecidos en el artículo 19 y 20 del Código de Trabajo; c) Para el pago de montos pactados LA CONTRATISTA deberá presentar los documentos siguientes: Copia de la tarjeta de identidad y RTN, solvencia municipal, constancia de estar sujeto al Régimen de Pago a Cuentas, además, informe mensual de las actividades realizadas en forma general.

SEPTIMO: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: EL CONTRATANTE basándose en el desempeño de LA CONTRATISTA, que indique que hay razones justificadas para la resolución o rescisión del contrato, y en un plazo de cinco (5) días posteriores a la fecha de haberse notificado por escrito a LA CONTRATISTA en este sentido, podrá resolver el contrato sin intervención judicial ni de ninguna otra autoridad, y en los siguientes casos:

- a) Si LA CONTRATISTA rehusare repetida o persistentemente a llevar adelante el trabajo a ella asignado dentro de la programación propuesta.- b) Si se incumpliere alguna de las cláusulas del presente contrato. d) Por actos cometidos contra la moral y buenas costumbres.-
- c) No prestarse los servicios profesionales de manera eficiente a criterio la Dirección de Salud Municipal y la Secretaria de Estado en los Despachos de Salud de Honduras o por cualquier circunstancia a conveniencia de esas instituciones.- d) Cualquier otra circunstancia o motivo legal calificado que ocurriere al momento de la rescisión o terminación del contrato.- e) Las partes podrán rescindir el presente contrato por mutuo consentimiento, pagándose no más que los valores parciales y proporcionales a los servicios prestados a satisfacción de EL CONTRATANTE.- f) El presente contrato quedará automáticamente resuelto, terminado o sin valor ni efecto, en caso que El Contratista pase a ser empleado de la Secretaría de Salud o al servicio de cualquier institución pública o privada, mediante cualquier modalidad contractual y que perciba ingresos económicos por la actividad o servicios brinda de conformidad al presente contrato, lo anterior, sin ninguna responsabilidad legal de parte de la Municipalidad. Se exceptúa de lo anterior, el recurso humano o las personas que brindan servicios de salud

[Handwritten signature/initials on the left margin]

María Fabiana Bastillo



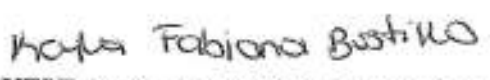
contratados mediante el Programa Presidencial Código Verde, siempre y cuando los horarios o las jornadas de trabajo sean diferentes a los establecidos o asignados por la Municipalidad.

OCTAVO: ACEPTACION DE LA CONTRATISTA: manifiesta: Que acepta las condiciones y obligaciones contenidas en el presente contrato, asimismo, los honorarios profesionales a que se alude anteriormente, en cuanto a su cuantía y forma de pago por considerarlos justos, correctos y releva expresamente de cualquier responsabilidad a LA MUNICIPALIDAD, por el resultado de las gestiones realizadas dentro del campo de la salud o por el servicio profesional a brindar.

En fe de lo cual y para fines legales correspondientes, suscribimos este CONTRATO, en el municipio de San Manuel, Cortés, a los siete (07) días del mes de noviembre del año dos mil veinte (2020).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL




KEYLA FABIANA BUSTILO OVIEDO
CONTRATISTA





MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL

SAN MANUEL, CORTES, HONDURAS, C.A. Tels: 2650-1020 • 2650-1287



CERTIFICACION DE PUNTO DE ACTA

La Suscrita **SECRETARIA MUNICIPAL** de este término por medio de la presente **CERTIFICA:** que en **ACTA 02-2021 punto 9 inciso a** de Sesión Ordinaria celebrada por la Honorable Corporación Municipal de San Manuel, Cortés, el día miércoles diez (10) de marzo del presente año dos mil veintiuno (2021) mediante la modalidad virtual por medio de la aplicación Zoom, presidida por el Alcalde Municipal Lic. Reynold Arturo Castro Castro, con la asistencia de la Vice alcaldesa Tesla Liliana Antúnez Vallecillos presente, los Señores Regidores: 1.- Néstor Josías Canales Enamorado, 2.- María Estela Palacios Bardales, 3.- Nelson Jesús Cerros Canales, 4.- Marció Armando Amador Gutiérrez, 5.- Darío Arnaldo Banegas Alemán, 6.- Hector Rene Estrada Cruz , 7.-Jorge Alberto Molina Mejía, la regidora 8.- Bárbara Ann Parrish Hernández, Ante la secretaria del despacho que da fe.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9

A,

b.-) LA HONORABLE CORPORACIÓN MUNICIPAL HACIENDO USO DE LAS FACULTADES QUE LA LEY LE CONFIERE ACUERDA:

b.-) presente (los regidores Josías Canales, Nelson Cerros, Marció Amador, Darío Banegas, Rene Estrada, Jorge Molina Bárbara Parrish, alcalde Arturo Castro) ausente momentáneamente la regidora María Estela Palacios, Por unanimidad corporativa se da por aprobado la ampliación de **FUERZA HONDURAS** por el valor de lps. **993,262.00.**

Este acuerdo es de ejecución inmediata.

Dado en la ciudad de San Manuel, Cortés a los veintinueve (29) día del mes de junio del año dos mil veintiuno (2021).

S.E. VIRNA S. MOYA
SECRETARIA MUNICIPAL





COMUNICADO

La Secretaría de Estado en los Despachos de Gobernación, Justicia y Descentralización, **COMUNICA**, a las Municipalidades y Población en General lo siguiente:

Mediante el **Decreto Ejecutivo No. 061-2020** con fecha de publicación 12 de julio de 2020 en La Gaceta bajo el **No. 35,311** se crea la Operación **"FUERZA HONDURAS"**, con el propósito de apoyar los servicios de salud en los Municipios, en acciones de prevención y para brindar atención a la población afectada por COVID-19.

Debido a los resultados positivos que ha tenido la descentralización de fondos para manejar la pandemia en los Municipios del país, el Gobierno de la República ha decidido ampliar el Programa **"FUERZA HONDURAS"** por tres (3) meses más, por un monto de Cien Millones de Lempiras (L. 100,000,000.00), los cuales serán destinados exclusivamente para la renovación del personal en el área de salud en el combate y prevención del COVID-19, en el funcionamiento de los Centros de Triajes y Brigadas Médicas.

En ese sentido, esta Secretaría de Estado, realizará las transferencias de emergencia COVID-19, a las Municipalidades, en el marco de la operación **"FUERZA HONDURAS"** Ampliación mediante Decreto Ejecutivo Número **PCM-117-2020**. De acuerdo a la planilla del personal médico presentada en los Planes de Implementación de la Fase I, basados en el artículo 5 del **PCM-061-2020**, que fue realizado y validado con la asistencia de la Secretaría de Salud (SESAL).

A las Municipalidades se les hace hincapié que, para acceder a estos fondos extraordinarios, deberán liquidar conforme a los lineamientos que se encuentran publicados en nuestro Portal de Transparencia en el Apartado **REGULACIÓN**, en el ítems **REGLAMENTO** link; <https://cutt.ly/WhiY19K>

Tegucigalpa, M. D. C., 26 de Noviembre del 2020.


ABOG. RAMÓN F. CARRANZA D.



de Estado en los Despachos de Gobernación y Descentralización

COMISIÓN MUNICIPAL DE TRANSPARENCIA

San Manuel, Cortes, Honduras, C.A.

San Manuel, Cortes
30 de junio 2021

CONSTANCIA DE LA VEEDURÍA


En representación de la Comisión Municipal De Transparencia del municipio de San Manuel Cortes

Por medio de la presente hacemos constar que actuamos como veedores sociales durante la ejecución de la operación Fuerza Honduras fase II

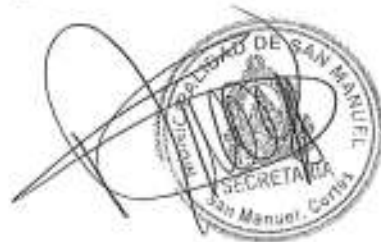
El proceso de veeduría se realizó en base el decreto ejecutivo PCM 117-2020, donde se recibió por parte del gobierno central la cantidad de Lps. 993,262.00 para el pago de personal que atenderá en el centro de triaje del municipio

Hemos revisado los documentos y procesos y damos fe que se desarrollaron satisfactoriamente para el funcionamiento del centro de triaje




Douglas Omar Rodriguez Betancouth
0605-1960-00360
Tel. 9855-1253

Comisión municipal de transparencia



San Manuel, Cortes
02 de julio del 2021

CONSTANCIA DE VEEDURÍA

En mi condición de comisionado municipal del municipio de San Manuel acompañe en los procesos De pago de los médicos según PCM 117-2020, considerada transferencia de emergencia COVID 19

El monto asignado al municipio de San Manuel fue Lps. 993,262.00 los cuales se utilizaron para el pago del personal que atiende los centros de triaje mediante contrato de tres meses.

Declaro la correcta aplicación de los recursos y la forma como estos se asignaron de acuerdo con la ley y lo planteado en decreto ejecutivo.

Y para constancia de la presente se firma a los 02 días del mes de julio de 2020


Julio Cesar Rivera
0509-1967-00017
Comisionado Municipal
Tel. 8859-4466






MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL

SAN MANUEL, CORTES, HONDURAS, C.A. Tels: 2650-1020 • 2650-1287



AUTENTICA

La Suscrita **SECRETARIA MUNICIPAL** de San Manuel departamento de Cortes, en aplicación a mis facultades y deberes otorgados por la Ley, como ministro de fe pública, por este acto **CERTIFICO**: Que las copias que anteceden del **INFORME DE LIQUIDACION FUERZA HONDURAS I FASE II** de la municipalidad de San Manuel departamento de Cortes, el cual consta de doscientos veinticinco (225) folios, **SON AUTENTICAS** por haber sido cotejadas con su original, las que obran en poder de esta Municipalidad, en tal virtud **DOY FE**.

Municipio de San Manuel, departamento de Cortés, a los seis (06) día del mes de julio del año dos mil veintiuno (2021).



VIRNA SUYAPA MOYA MEJIA
SECRETARIA MUNICIPAL



MUNICIPALIDAD DE SAN MANUEL

SAN MANUEL, CORTES, HONDURAS, C.A. Tels: 2650-1020 • 2650-1287



AUTENTICA

El Suscrito **ALCALDE MUNICIPAL** y la **SUSCRITA SECRETARIA MUNICIPAL** de San Manuel departamento de Cortes, por medio de la presente **HACEN CONSTAR QUE:** Los folios correspondientes del número uno (1) hasta el doscientos veinticinco (225) del informe de liquidación de fondos **FUERZA HONDURAS I-FASEII** de la municipalidad de San Manuel departamento de Cortes corresponden a la subsanación del mismo.

Y para los fines que se estime conveniente se extiende la presente en la ciudad de San Manuel, departamento de Cortés, a los seis (06) día del mes de julio del año dos mil veintiuno (2021).


LIC. REYNOLD ARTURO CASTRO CASTRO
ALCALDE MUNICIPAL


VIRNA SUYAPA MOYA MEJIA
SECRETARIA MUNICIPAL