



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros: Por una parte el señor **JESUS ORLANDO JIMENEZ HERNANDEZ**, mayor de edad, casado, Agrónomo del domicilio de Trinidad, Copan, con tarjeta de identidad número 0423 - 1969 - 00027 actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de Trinidad, Copan, 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 **DELMER ALFREDO CONTRERAS CUELLAR**, mayor de edad, soltero, Doctor en Medicina y Cirugía General, hondureño, con domicilio en Santa Rosa, Copan, con Tarjeta de Identidad número **0401 - 1992 - 00915**, quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO**, hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras Fase Dos" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: **EL CONTRATANTE** declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **MÉDICO GENERAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Trinidad, Copan, como **EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA** que se encuentra ubicado en Barrio La Trinidad del Casco Urbano del Municipio de Trinidad Copan.

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

1. Atender a pacientes, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento correspondiente.
2. Practicar control de pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén a su cuidado.
3. Revisar expedientes, autorizar salidas e internamientos de pacientes.
4. Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.
5. Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.
6. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (3) meses contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**.

CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de Veintinueve Mil Trescientos Treinta y siete Lempiras con Sesenta y tres Centavos (**Lps. 29,337.63**) mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa "Fuerza Honduras Fase Dos".

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

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

CLÁUSULA SEPTIMA: IMPUESTOS SOBRE VENTAS: es entendido a las partes y para efectos tributarios, ratifican que el presente contrato Individual De Trabajo



Por Tiempo Determinado está exento del pago del 15% de impuestos sobre la venta conforme lo establecido en la reforma a la Ley de Impuestos Sobre Ventas, contenido en el artículo 15 numeral d) referida a los **Servicios de Construcción**. (Reformado por Decreto) 278-2013 Ley de Ordenamiento de las Finanzas Publica, Control de las Exoneraciones y Medidas Antievacion) de fecha 21 de diciembre de 2013, publicado en la Gaceta N° 33,316 de fecha 30 de diciembre de 2013.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERO: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

ACEPTACIÓN FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento.

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en el Municipio de Trinidad, Copan a los Seis (06) días del mes de julio del año 2021.

Agr. Jesús Orlando Jiménez H.
Alcalde Municipal



Dr. Delmer Alfredo Contreras Cuellar
Contratado

CURRICULUM VITAE



Nombre: Delmer Alfredo Contreras Cuellar
Edad: 26
Lugar y fecha de nacimiento: Santa Rosa de Copan 21-06-1992
Identidad: 0401-1992-00915
Estado civil: Soltero
Dirección actual: Barrio Santa Teresa, Santa Rosa de Copan
Celular: 32971953
Teléfono: 26623446
Correo electrónico: delmer07meme@hotmail.com

OBJETIVO LABORAL

Soy médico general, graduado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tengo experiencia en atención en salud gracias a mi practica realizada tanto en el hospital de occidente como en el centro integral de salud de corquin copan, brindando atención en consulta general y todo lo que se refiere al ámbito de la medicina general. Estoy interesado en poder obtener un puesto laboral en esta prestigiosa unidad de salud y así poder brindar y poner en práctica mis conocimientos para beneficio de esta institución y de la población.

FORMACIÓN ACADÉMICA

Universitario

Fechas: enero 2010 – marzo 2019
Título obtenido: Doctor en medicina y cirugía
Institución, Lugar: Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Porcentaje alcanzado de la carrera: 100%

Estudios Secundarios

Fechas: febrero 2005- noviembre 2009
Título obtenido: : Bachiller en Ciencias y Letras
Institución, Lugar: Instituto Departamental Álvaro Contreras (IDAC), Santa Rosa de Copán
Porcentaje alcanzado de la carrera: 100%

Estudios Primarios

Fechas: febrero 1999- noviembre 2004
Institución, Lugar: Escuela Santo Domingo Savio, Santa Rosa de Copán

EXPERIENCIA LABORAL

Internado Rotatorio

Fechas: noviembre 2016 – octubre 2017

Nombre de la empresa: Hospital Regional de Occidente

Cargo: Medico Interno

Funciones:

- Atención medica en la cuatro áreas básicas:
 - Cirugía
 - Ginecología
 - Pediatría
 - Medicina interna

Servicio Médico Social

Fechas: marzo 2018- marzo 2019

Nombre de la institución: Centro Integral de Salud (CIS) Corquin, Copán

Clínica Materno Infantil, Corquin, Copán

Cargo: Medico en Servicio Social

Funciones:

- Consulta general
- Atención prenatal
- Control de embarazo
- Consulta de planificación familiar
- Atención al menor de 5 años (AIEPI)
- Atención en el puerperio y en recién nacidos
- Toma de citología vaginal
- Inserción y revisión de DIU
- Cirugía menor
- Curaciones
- Evaluación a pacientes de tuberculosis
- Participación en campaña de vacunación
- Participación en club de embarazadas de hipertensión y diabetes mellitus
- Charlas educativas a la población
- Investigación de muertes infantiles
- Atención de partos y puerperio inmediato (CMI)

TALLERES Y CURSOS RECIBIDOS

Fechas: marzo 2019

Nombre del curso: Curso Nuevos y Viejos desafíos Bioéticos en Salud

Institución, Lugar y Duración: Delegación Médica, Santa Rosa de Copán

Nombre del curso: soporte vital básico (SBV/BLS)

Institución, Lugar y Duración: fundación CAMO, Santa Rosa de Copan, 8 de junio del 2019.

DOMINIO DE IDIOMAS Y COMPUTACIÓN

Idiomas

- Español

Computación: en escuela técnica de artes y oficios de occidente (ETAO) del 15 de julio al 4 de septiembre del 2019.

- Word (básico,)
- Excel (básico,)
- Power Point (básico)

OTRAS HABILIDADES

- Trabajo en equipo
- Facilidad de aprendizaje

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre: Juan José Bautista Sanabria

Cargo: Ing. Agrónomo

Empresa o sitio donde labora: Fundación JICATUYO

Teléfonos: 9588-2450

Nombre: Oscar Osiris Cuellar

Cargo: Ing. Eléctrico

Empresa o sitio donde labora: EEH

Teléfonos: 3174-7237

Nombre: Rony Alexander Pineda

Cargo: Licenciado en Administración de Empresas, Administrador

Empresa o sitio donde labora: Distribuidora Occidental

Teléfonos: 3224-8318



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC)

Comisión de Ética y Práctica Médica

0191347

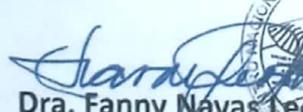
Otorga la Presente
Constancia

A: DELMER ALFREDO CONTRERAS CUELLAR

Por su participación en calidad de Asistente en el Jornada:

“Nuevos y Viejos Desafíos Bioéticos en Salud”

Tegucigalpa, M.D.C., 20 de Marzo del 2019


Dra. Fanny Navas León

Presidente de CENEMEC

Coordinadora de la Comisión de Ética y Práctica Médica

Esta constancia tendrá validez como Curso de Ética I y II, vigencia seis (6) meses a partir de la fecha.

PBX: 2269-1832, 2269-1833, 2269-1834, 2269-1835, 2269-1836, 2269-1837, 2269-1838, 2269-1839, FAX: 2269-1831
Boulevard Fuerzas Armadas, frente a Mall Las Cascadas. Apartado Postal No. 810, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A.
www.colegiomedico.hn

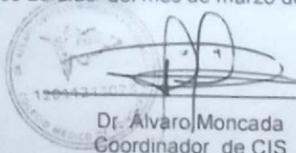
CONSTANCIA

El suscrito Coordinador del Centro Integral de Salud, por medio de la presente hace constar que el Dr. (Inferi): Delmer Alfredo Contreras Cuellar con número de identidad: 0401-1992-00915, alumno de la Universidad Autónoma de Honduras, pasante de la carrera de medicina, con número de colegiación provisional 16031815051, realizó su servicio social en el CIS, Dr. Mónico Romero, Municipio de Corquín Copan. En el periodo comprendido del 15 de marzo de 2018 al 15 de marzo de 2019. Realizando las siguientes funciones de forma responsable, eficaz y eficiente

Funciones en las que se destaco:

- Consulta General
- Toma de citología vaginal
- Consulta de planificación familiar
- Atención prenatal
- Evaluación de pacientes de Tuberculosis
- Atención al menor de 5 años (AIEPI)
- Aplicación de inyecciones y canalización
- Participación en campaña Vacunación
- Curaciones
- Inserción y Revisión de DIU
- Participación e Club de embarazadas, solo un mes
- Charlas educativa a centros educativo
- Investigación de muertes infantiles

Para fines del interesado estime conveniente se extiende la presente el Municipio de Corquín Copán a los 20 días del mes de marzo del año 2019


Dr. Álvaro Moncada
Coordinador de CIS



Cc: Acturas
Cc: Nivel municipal
Cc: Región de Copan

"CONTRIBUYENDO CON LA SALUD DEL PUEBLO"
Barrio Las Delicias Corquín, Copán Honduras C.A Teléfono 2655-8386
Unidad de salud 4626



Promoción

"José Trinidad Cabañas"

El Director (a) de Instituto Oficial Alvaro Contreras de Santa Rosa Copán

Por cuanto: *Expediente*
Delmer Alfredo Contreras Cuellar

El grado de **Bachiller en Ciencias y Letras**

El día 27 del mes de octubre del año mil noventa

En virtud de haber realizado los estudios que establece la Ley y satisfactoria aprobación en el Examen General

[Signature]
Director (a) del Establecimiento

El (a) Secretario (a) del Instituto Oficial Alvaro Contreras *[Signature]* de haber registrado este Título bajo el N° 6947 Folio 577 del libro N° 122 el día 27 de octubre del 2009

[Signature]
Secretario (a) del Establecimiento

El (a) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de Copán *[Signature]* de constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N° 15711 del 2009 Fecha de aprobación 23 de octubre 2009 y de haber registrado el Título al día de hoy en el libro N° 02 Reg. 15948 Folio 35

Lugar y Fecha Santa Rosa de Copán, 31 de octubre 2009



Por Autor:

El Secretario de Estado en el Despacho de Educación a través de la Dirección Departamental de Educación de Copán y en uso de la facultad que le confiere los Artículos 159 de la Ley Orgánica de Educación y el 1 del Decreto Legislativo N° 162-96 pretende el presente Título de

Bachiller en Ciencias y Letras

Para que sea habido y tenido por tal y goce de los derechos que le correspondan

Dado en Santa Rosa Copán el día 31 del mes de octubre del año mil noventa

[Signature]
Directora (a) Departamental de Educación



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

El Rector (a) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
en ejercicio de las facultades que la Ley le confiere



POR CUANTO: **Delmer Alfredo
Contreras Cuellar**

ha concluido sus estudios en la Facultad de Ciencias Médicas en la
Ciudad Universitaria, el cuatro de abril de dos mil diecinueve; y
habiendo cumplido todos los requisitos legales.

POR TANTO: le extiende el título de **Doctor
en Medicina y Cirugía**

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, A.D.C.
el veintisiete de mayo de dos mil diecinueve.



SECRETARIO (A) GENERAL
Secretaría General



RECTOR (A)



DECANO (A) ó DIRECTOR (A)

Nº 53494

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

El (la) Infrascrito (a) Secretario (a) General de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, hace constar que este Título fue registrado bajo el Nº 077, Folio 008, Tomo XLII del Libro respectivo.

Ciudad Universitaria "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, M.D.C., República de Honduras;
veintisiete de mayo de dos mil diecinueve.





La Junta Directiva
del Colegio Médico de Honduras

Hace constar que el
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

*Delmer Alfredo Contreras
Cuellar*

Es miembro de este Colegio con el registro
de inscripción No.

04041915619

Para los fines de Ley extiende el presente

CERTIFICADO
MÉDICO GENERAL

Tegucigalpa, M.D.C., 10 de julio de 2019

Presidenta
Dra. Suyapa Figueroa Eguigurems

Secretaria de Colegiaciones
Dra. Gladys Argentina Ordóñez Elvir

0001295

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

El (la) Infrascrito (a) Secretario (a) de Colegiaciones del Colegio Médico de Honduras, hace constar que este Certificado fue registrado bajo el Folio 0001295 del Libro respectivo.

República de Honduras, Tegucigalpa, M.D.C., Colegio Médico de Honduras, veintiséis de junio de dos mil diecinueve.



El Centro Municipal de Desarrollo Humano
y Tecnológico

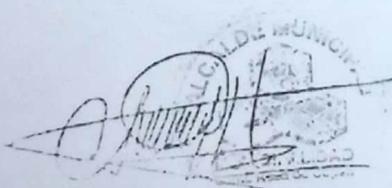
Otorga el presente

DIPLOMA

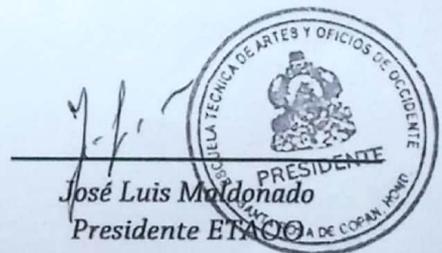
A: *Delmer Alfredo Contreras*

Por haber recibido el curso de Informática Básica
junto al complemento de Desarrollo Humano
con una duración de 60 horas.
Impartido en la Escuela Técnica de Artes y Oficios de
Occidente

Santa Rosa de Copán, 26 de septiembre de 2019



Aníbal Erazo Alvarado
Alcalde Municipal



SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB/BLS)

Proveedor de SVB/BLS



DELMER ALFREDO CONTRERAS CUELLAR

La persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Básico SVB/BLS (RCP y DEA) de la American Heart Association.

06/08/2019

Fecha de emisión

06/2021

Fecha de actualización recomendada

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB/BLS)

Nombre del centro de entrenamiento	CAMO TRAINING CENTER	ID del centro de entrenamiento	2120101
Información del centro de entrenamiento	SANTA ROSA DE COPAN, HONDURAS	(504) 2662-3570	
Lugar del curso	ACADEMIA DE EXCELENCIA PROFESIONAL, SANTA ROSA DE COPAN		
Nombre del instructor	YESMI GIRON DIAZ	ID del instructor	12130221386
Firma del titular		Nº CPRverify	

© 2016 American Heart Association Manipular esta tarjeta alterará su apariencia. 15-2301

→
LEVANTAR
AQUI
→

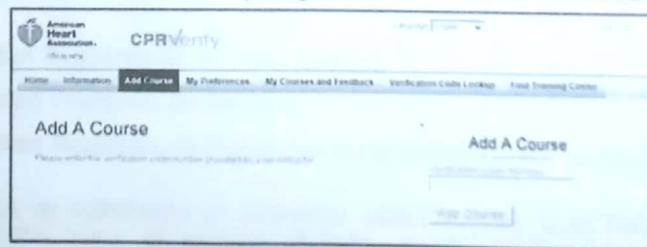
Esta tarjeta cuenta con medidas de seguridad exclusivas contra falsificaciones.

15-2301 2/16

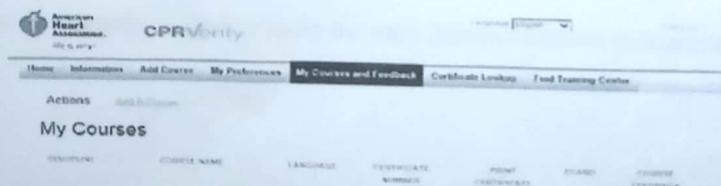
Proceso de activación del código de verificación de CPRverify para estudiantes

Nombre del estudiante: DELMER-ALFREDO CONTRERAS CUELLAR

1. Aquí tiene su código de verificación de CPRverify: dfb296234c7b
2. Aquí tiene su código de eCard de CPRverify:
3. Vaya a la página web de CPRverify: www.CPRverify.org
4. Haga clic en "New to CPRverify?" (¿Nuevo en CPRverify?). Regístrese o inicie sesión si ya tiene una cuenta.
5. Complete la sencilla página de registro y haga clic en el botón "Sign Up" (Registrarse).
6. Vaya a la bandeja de entrada o a la carpeta de correo no deseado de su correo electrónico y abra el correo de confirmación que le fue enviado. Haga clic en el enlace "confirm my account" (confirmar mi cuenta) proporcionado en el correo electrónico.
7. Felicidades, ha creado su propia cuenta y ya puede realizar el seguimiento de todos sus cursos de la AHA.
8. Ahora inicie sesión en la página web de CPRverify y verá su página de inicio.
9. Haga clic en la pestaña "Add Course" (Añadir curso) ubicada en la parte superior o en el cuadro sombreado, cualquiera de las dos opciones funcionará.
10. El código alfanumérico de verificación de CPRverify se muestra en el punto 1. El de su eCard (si corresponde) se muestra en el punto 2. Cualquiera de los dos puede usarse como código de verificación.
11. Introduzca alguno de los códigos de verificación alfanuméricos de 12 dígitos (del punto 1 o el punto 2) en el cuadro sombreado y haga clic en el botón "Add Course" (Añadir curso).



12. Será dirigido a la página "My Courses and Feedback" (Mis cursos y opiniones).



13. Si el enlace a esta encuesta sobre el curso no está disponible, póngase en contacto con su instructor o centro de entrenamiento.
14. No podrá realizar la encuesta sobre el curso hasta que el registro se haya completado y esté bloqueado por su instructor o centro de entrenamiento.
15. Haga clic en Give Feedback (Ofrecer opiniones) y responda a las seis preguntas.
16. Cuando haya completado la encuesta, haga clic en el botón "Create Course Feedback" (Crear opiniones para el curso) y se le dirigirá a su lista de cursos donde podrá ver el suyo e imprimir su eCard (si corresponde) cuando quiera.

Gracias por unirse a nuestra misión de salvar vidas



CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA



201-21-10500-31548

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **CONTRERAS CUELLAR DELMER ALFREDO**
Con Registro Tributario Nacional: **04011992009151**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-21-10500-31548 en fecha 06/05/2021, y Recibo Oficial de Pago No. 25415305176 de fecha 06/05/2021 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

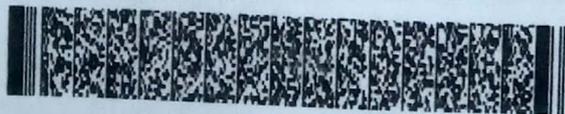
Luego de revisadas las Bases de Datos del Sistema de Gestión Tributaria (ETAX), se ha podido establecer lo siguiente:

- ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.
- ETAX: NO existen Registros de Deudas.
- ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo expuesto se **OTORGA** al solicitante la presente CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA, para el período 202101, según declaración 27724657484, presentada el 30/04/2021, la presente Constancia vence el 02/05/2022.

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

JOHANA ELIETH CASTRO MELGAR
COORDINADORA DE CUENTA CORRIENTE



(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección <http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx>, ingresando el número **201-21-10500-31548** o mediante el siguiente código QR:



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

DELME ALFREDO / CONTRERAS CUELLAR



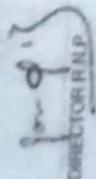
HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL 21 JUNIO 1992
SENO MASCULINO
EMITIDA EL 14 OCTUBRE 2010

0401-1992-00915

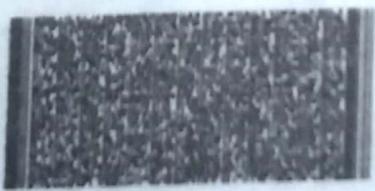


12879137-01

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Título de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0401
DELME ALFREDO / CONTRERAS CUELLAR
0401-1992-00915

Registro Tributario
Nacional

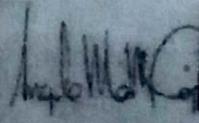
Fecha de Emisión: 20160907 **RTN: 04011992009197**

DELMER ALFREDO CONTRERAS CUELLAR
Nombre o Razon Social

Inscripciones	
Vendedor Selectivo	Productores Importadores de Cigarrillos
Importador	Productores Alcoholes Licores
Exportador	Distribuidor Alcoholes Licores
Impuestos	Importador Alcoholes Licores
Presupuesto	

Resol. Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 6 de Enero de 1974, modificada por el Art. 17 del Decreto N° 206 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 59 del Decreto 22-87, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Previsión Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20660 y el Reglamento de Previsionista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.





Comisionada Presidencial
 Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la CPAT cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honoras.

Número de Documento CPAT-412- 2348975 Transacción 695C24

República de Honduras

Municipalidad de
Trinidad, Copán



HASTA: April 2022
[Firma manuscrita]

Firma y Sello del Alcalde

CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPAL

El Suscrito HACE CONSTAR, Que el Contribuyente:

Delmer Alfredo Contreras Cueller

Ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2021, por lo que se le extiende la constancia de pago para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Doc. Leg. No. 15 de 2 del mes de septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

Nº 007516 Trinidad Copán 6/07/2021

Lugar y fecha



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros: Por una parte el señor **JESUS ORLANDO JIMENEZ HERNANDEZ**, mayor de edad, casado, Agrónomo del domicilio de Trinidad, Copan, con tarjeta de identidad número **0423 - 1969 - 00027** actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de Trinidad, Copan, 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 Sra. **MARIA ARGENTINA MIRANDA GARCIA**, mayor de edad, soltera, Auxiliar en Enfermería, hondureña, con domicilio en Barrio Mercedes del Casco Urbano del Municipio de Trinidad Copan, con Tarjeta de Identidad número **0422 - 1966 - 00082**, quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO**, hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras Fase Dos" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: **EL CONTRATANTE** declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR EN ENFERMERIA** quien tendrá su sede en el Municipio de Trinidad, Copan, en el EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA que se encuentra ubicado en Barrio La Trinidad del Casco Urbano del Municipio de Trinidad Copan.

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

1. Atender a pacientes, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento correspondiente.
2. Practicar control de pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén a su cuidado.
3. Revisar expedientes, autorizar salidas e internamientos de pacientes.
4. Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.
5. Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.
6. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (3) meses contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**.

CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de Doce Mil Seiscientos Lempiras exactos (**Lps. 12,600.00**) mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa "Fuerza Honduras Fase Dos".

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

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

CLÁUSULA SEPTIMA: IMPUESTOS SOBRE VENTAS: es entendido a las partes y para efectos tributarios, ratifican que el presente contrato Individual De Trabajo



Por Tiempo Determinado está exento del pago del 15% de impuestos sobre la venta conforme lo establecido en la reforma a la Ley de Impuestos Sobre Ventas, contenido en el artículo 15 numeral d) referida a los **Servicios de Construcción**. (Reformado por Decreto) 278-2013 Ley de Ordenamiento de las Finanzas Publica, Control de las Exoneraciones y Medidas Antievacacion) de fecha 21 de diciembre de 2013, publicado en la Gaceta N° 33,316 de fecha 30 de diciembre de 2013.

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

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

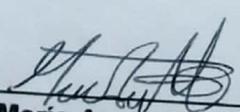
CLÁUSULA DECIMA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO. Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERO: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

ACEPTACIÓN FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento.

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en el Municipio de Trinidad, Copan a los Seis (06) días del mes de julio del año 2021.

Agr. Jesús Orlando Jiménez H.
Alcalde Municipal



A/E Maria Argentina Miranda Garcia
Contratado

Curriculum Vitae

María Argentina Miranda García

I. INFORMACION PERSONAL

Nombre: **María Argentina Miranda García**

No. Identidad: **0422-1966-00082**

Lugar de Nacimiento: **Trinidad de Copan**

Fecha de Nacimiento: **15 de Mayo 1966**

Edad: **53 Años**

Nacionalidad: **Hondureña**

Estado civil: **Soltera**

Dirección: **Barrio Mercedes ,Trinidad Copan**

Teléfono: **9519-2355**

 **REPUBLICA DE HONDURAS**
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

MARIA ARGENTINA / MIRANDA GARCIA



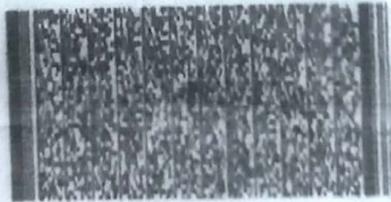
HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL : 16 MAYO 1966
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 05 ABRIL 2017

0422-1966-00082


01851512-03

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.


DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0422
MARIA ARGENTINA / MIRANDA GARCIA
0422-1966-00082

**INSTITUTO PRIVADO DE ENFERMERÍA
CERARH NORTE**

Otorga a

Argentina Miranda Garcia

El diplomado en estudios de enfermería

en virtud de haber cumplido con los requisitos
académicos establecidos

**Dado en la ciudad de San Pedro Sula a los 29 días
del mes de Abril de 1986**



Prof. Daniel Escobar

REPÚBLICA DE HONDURAS
PODER JUDICIAL
CONSTANCIA
TRABAJO



No. 727208

VALOR: L. 150.00

EMITIDA: 02/09/2020 EN: SANTA ROSA, COPAN

NOMBRES: MARIA ARGENTINA

APELLIDOS: MIRANDA GARCIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0422196800062

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 16/03/1969

DOMICILIO: BARRIO MERCEDES TRINIDAD, COPAN.

VIGENCIA POR SEIS(6) MESES

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

***** NO TIENE ANTECEDENTES PENALES *****

NORMA LIZETH CASCO RODAS
COORDINADOR(A)
UNIDAD DE ANTECEDENTES PENALES
* VALIDO A NIVEL NACIONAL *





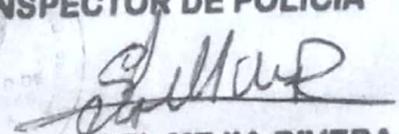
Honduras C.A.
Secretaría de Seguridad
Dirección Policial de Investigaciones
(D.P.I.)

CONSTANCIA DE ANTECEDENTES POLICIALES

El Suscrito Coordinador Departamental de la Dirección Policial de Investigaciones (D.P.I.) Santa Rosa de Copán, por este medio **HACE CONSTAR QUE:** Según nuestros Archivos de la Oficina Central, El (la) señor (a): **MARIA ARGENTINA MIRANDA GARCIA** de Nacionalidad **HONDUREÑA**, con Tarjeta de Identidad No.0422-1966-00082.-****ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA REGISTRADO (A)** ****. QUE HAYA COMETIDO DELITO O FALTA ALGUNA.-**

Y para Constancia se firma la presente en la Ciudad de Santa Rosa de Copan a los Dos Días del Mes de Septiembre del Año Dos Mil Veinte.

VIGENCIA POR UN (1) AÑO

INSPECTOR DE POLICIA

SELVIN JOEL MEJIA RIVERA
COORDINADOR UDIC DPI UDEP NO.4 (B/ 14158)

FORMACION ACADEMICA

Educación Primaria: Escuela "Cruz Alberto Madrid"

Trinidad Copan

Educación Secundaria: Instituto Tridentino

San Pedro Sula, Cortés

Título Obtenido: Auxiliar de Enfermería

Instituto Privado de Enfermería

CERAR NORTE

San Pedro Sula

III. Referencias:

kenia Lili Gutiérrez

Vice Alcaldesa de Trinidad Copan.

Cel.9897-6104

Abog. Wendy Sarahi Miranda

Gestora Social de la SSIS

Cel.9583-8950

Lic. María Erceli Miranda

Master en Psicológico

Cel.9724-4381

Descripción funciones y responsabilidades	de <ul style="list-style-type: none"> ○ Atención a la Mujer. ○ PAI ○ Atención al niño AIEPI ○ Tuberculosis ○ Atención al Adulto Mayor ○ Archivo y Farmacia ○ Elaboración de Informes ○ SINOVA ○ Técnicas Básicas en Enfermería (Curaciones y Inyecciones etc.) ○ Atención Integral al Niño en la Comunidad (AIN-C)
---	---

Experiencia Laboral	
Institución	Fuerza Honduras. Equipo de Respuesta Rápida en el Municipio de Trinidad, Departamento de Copán.
Periodo de Desempeño	El 11 de Agosto al 11 de Noviembre del año 2020
Cargo/Posición	Auxiliar en Enfermería
Descripción funciones y responsabilidades	de <ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas a comunidades casa a casa. ○ Búsqueda Activa de pacientes sospechosos de COVID-19. ○ Bloqueo de viviendas, en caso de muerte por COVID-19. ○ Entrega de tratamiento MAIZ, a pacientes sospechosos y positivos de COVID-19. ○ Elaboración de consolidados. ○ Búsqueda Activa de sintomáticos respiratorios. ○ Elaboración de sala situacional.



República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 04221966000826

MARIA ARGENTINA MIRANDA GARCIA
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	<input type="checkbox"/>	Productores Importadores de Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/>	Productor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Exportador	<input type="checkbox"/>	Distribuidor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Imprentas	<input type="checkbox"/>	Importador Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Prestamista	<input type="checkbox"/>		

Fecha de Emisión: 20110608

Juris Legal Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 19 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.

Director Ejecutivo

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumpla con sus obligaciones tributarias en cumplimiento con Honduras

Numero de Documento DEI-412- 711085

Transacción: 68B298



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

Nosotros: Por una parte el señor **JESUS ORLANDO JIMENEZ HERNANDEZ**, mayor de edad, casado, Agrónomo del domicilio de Trinidad, Copan, con tarjeta de identidad número **0423 - 1969 - 00027** actuando en mi condición de **ALCALDE MUNICIPAL** del municipio de Trinidad, Copan, 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 **SANDY GABRIELA CONTRERAS SAGASTUME**, mayor de edad, soltera, Auxiliar en Enfermería, hondureña, con domicilio en la Aldea de San Juan Planes, jurisdicción del Municipio de Trinidad Copan, con Tarjeta de Identidad número **0422 - 1998 - 00213**, quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO**, hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras Fase Dos" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: **EL CONTRATANTE** declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR EN ENFERMERIA** quien tendrá su sede en el Municipio de Trinidad, Copan, en el **EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA** que se encuentra ubicado en Barrio La Trinidad del Casco Urbano del Municipio de Trinidad Copan.

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

1. Atender a pacientes, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento correspondiente.
2. Practicar control de pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén a su cuidado.
3. Revisar expedientes, autorizar salidas e internamientos de pacientes.
4. Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.
5. Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.
6. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (3) meses contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**.

CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de Doce Mil Seiscientos Lempiras exactos (**Lps. 12,600.00**) mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa "Fuerza Honduras Fase Dos".

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

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

CLÁUSULA SEPTIMA: IMPUESTOS SOBRE VENTAS: es entendido a las partes y para efectos tributarios, ratifican que el presente contrato Individual De Trabajo



Por Tiempo Determinado está exento del pago del 15% de impuestos sobre la venta conforme lo establecido en la reforma a la Ley de Impuestos Sobre Ventas, contenido en el artículo 15 numeral d) referida a los **Servicios de Construcción**. (Reformado por Decreto) 278-2013 Ley de Ordenamiento de las Finanzas Publica, Control de las Exoneraciones y Medidas Antievacion) de fecha 21 de diciembre de 2013, publicado en la Gaceta N° 33,316 de fecha 30 de diciembre de 2013.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERO: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

ACEPTACIÓN FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento.

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en el Municipio de Trinidad, Copan a los Seis (06) días del mes de julio del año 2021.

Agr. Jesús Orlando Jiménez H.
Alcalde Municipal



A/E Sandy Gabriela Contreras Sagastume
Contratado

CURRICULUM VITAE

DATOS GENERALES	
Nombre completo:	Sandy Gabriela Contreras Sagastume
Fecha de Nacimiento:	03 -09-1998
Nacionalidad:	Hondureña
Número de Identidad:	0422-1998-00213
Dirección:	Barrio Santa Lucia, San Juan Planes, Trinidad, Copán.
Email:	Sandygab98@gmail.com
Teléfono:	Celular:8852- 3826
Nombre y teléfono de contacto, en caso de no poder contactarlo	José Arturo Escobar Contreras 8968-2837

ESTUDIOS REALIZADOS		
Grado académico	Institución	Fecha (inicio-fin)
Educación Universitaria:		
Educación Secundaria: Bachiller en Ciencias y Letras. Diversificado:Auxiliar en Enfermería	Instituto Hondureño de Educación por Radio (IHER) Centro de Adiestramiento en Enfermería (CAE)	2014-2015 2017-2020
Educación Primaria: 1° - 9°	Centro de Educación Básica "José Cecilio del Valle"	2005-2013

Experiencia Laboral	
Institución	CIS Trinidad, Copán
Periodo de Desempeño	2019-2020
Cargo/Posición	Auxiliar en Enfermería.
Descripción de funciones y responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ○ Atención a la Mujer. ○ PAI ○ Atención al niño AIEPI ○ Tuberculosis ○ Atención al Adulto Mayor ○ Archivo y Farmacia ○ Elaboración de Informes ○ SINOVA ○ Técnicas Básicas en Enfermería (Curaciones y Inyecciones etc.) ○ Atención Integral al Niño en la Comunidad (AIN-C)

Experiencia Laboral	
Institución	Plan Internacional Honduras
Periodo de Desempeño	Junio a Agosto 2020
Cargo/Posición	Auxiliar en Enfermería

Descripción de funciones y responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ○ Atención a la Mujer. ○ PAI ○ Atención al niño AIEPI ○ Tuberculosis ○ Atención al Adulto Mayor ○ Archivo y Farmacia ○ Elaboración de Informes ○ SINOVA ○ Técnicas Básicas en Enfermería (Curaciones y Inyecciones etc.) ○ Atención Integral al Niño en la Comunidad (AIN-C)
--	--

Experiencia Laboral	
Institución	Fuerza Honduras. Equipo de Respuesta Rápida en el Municipio de Trinidad, Departamento de Copán.
Periodo de Desempeño	El 11 de Agosto al 11 de Noviembre del año 2020
Cargo/Posición	Auxiliar en Enfermería
Descripción de funciones y responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas a comunidades casa a casa. ○ Búsqueda Activa de pacientes sospechosos de COVID-19. ○ Bloqueo de viviendas, en caso de muerte por COVID-19. ○ Entrega de tratamiento MAIZ, a pacientes sospechosos y positivos de COVID-19. ○ Elaboración de consolidados. ○ Búsqueda Activa de sintomáticos respiratorios. ○ Elaboración de sala situacional.

ANEXOS



REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
SUB-SECRETARÍA DE REGULACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS DEL RECURSO HUMANO INSTITUCIONAL

El Centro de Adiestramiento en Enfermería CAE

XIX Promoción de Auxiliares en Enfermería

LICDA. ALBA DOLORES REGALADO

Extiende el Presente

Diploma

L. SANDY GABRIELA CONTRERAS SAGASTUME

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

REALIZADO DICHO PROCESO DE FORMACIÓN DURANTE EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 04 DE MARZO DE 2017 A 04 DE MARZO DEL 2019

Otorgado en la ciudad de Santa Rosa de Copan, a los 18 días del mes de Septiembre del año 2020
Honduras, Centro América.



Minerva Fuentes
Secretaría de Salud



SECRETARÍA DE SALUD
Jefe(a) del Departamento de Desarrollo de Competencias del Recurso Humano Institucional
HONDURAS

[Signature]
Directora Académica del Centro de Adiestramiento en Enfermería
C.A.E.



**Departamento de Desarrollo de Competencias
de Recursos Humanos Institucional**

Diploma de: AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Extendido a favor de: SANDY GABRIELA CONTRERAS SAGASTUME

El día 18 de septiembre del 2020

Registro No. 40,138 Folio 1571 Tomo: 15





**CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA
(CAE).**

**BARRIO SANTA TERESA, CONTIGUO A LA SOCIEDAD COPANECA DE
OBREROS, SANTA ROSA DE COPAN, HONDURAS, C.A.**

TEL. 2662-6301 Y 9456-0816

RTN: 08019006045316

CONSTANCIA

La suscrita directora académica regional del Centro de Adiestramiento en Enfermería CAE, por medio de la presente hace constar que: **SANDY GABRIELA CONTRERAS SAGASTUME** con identidad número **0422-1998-00213** es egresada de esta institución educativa cursando y aprobando todos los módulos establecidos en el plan de estudio de la carrera de auxiliar de enfermería y su servicio social satisfactoriamente según lo estipula la secretaria de salud.

Y para fines que al interesado le convenga se extiende la presente a los 14 Días del Mes de Marzo del 2020.


Lic. Doris Portillo
Directora Académica Regional
CAE Santa Rosa de Copan

CC. Archivo

**SOMOS UNA INSTITUCION AVALADA Y CERTIFICADA POR LA
SECRETARIA DE SALUD.**

Constancias de experiencia laboral



SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud
Jefatura Regional
Región Departamental de Copán
Santa Rosa de Copán, Col. Bellavista
Teléfono 2662-0095, 2662-2355,
26620093
E-mail: deptal4@yahoo.com

CONSTANCIA

La Suscrita Jefa de la Región Departamental de Copán Región de Salud No. 4 por medio de la presente Hace Constar: Que la joven **Sandy Gabriela Contreras Sagastume**, con número de identidad **0422-1998-00213**, quien realizó su servicio social en el CIS de Trinidad, municipio de Trinidad de Copán, durante el periodo comprendido del 11 de marzo del año 2019 al 11 de marzo del 2020, cumpliendo con todos sus requisitos académicos previo a optar al Diploma que la acredita como Auxiliar de Enfermería.

Y, para los fines legales que al interesado convengan se le extiende la presente constancia en la ciudad de Santa Rosa de Copan, a los trece días del mes de marzo del año dos mil veinte.



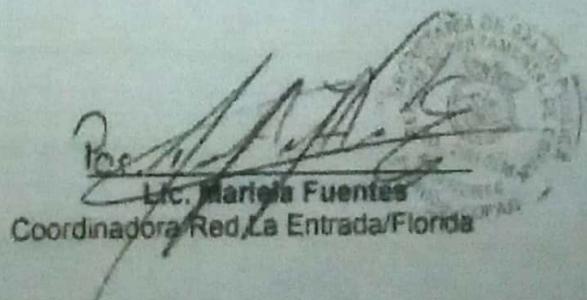
Dra. Gloria E. Fajardo,
Jefa Regional de Salud No. 4
Departamental Copán



Licda. Alba Regalado
Jefa Departamento Redes Integradas



Licda. Doris Portillo
Directora Académica
CAE



Lic. Mariela Fuentes
Coordinadora Red La Entrada/Florida

C/c Archivo

-POR UNA VIDA MEJOR-

Trinidad de Copan

11-03-2020

Lic. Mariela Fuentes.

Coordinadora real centralizada la Entrada.

Estimada Lic. Fuentes.

Le saludo deseándole éxitos en sus labores diarias el motivo de la presenta, es para informar que la A/E Sandy Gabriela Contreras Sagastume ha finalizado satisfactoriamente su servicio social en el CIS La Trinidad comprendido en el periodo del 11 de febrero 2019 al 11 de marzo 2020 y doy fe que no adeuda días y que durante su SS su comportamiento fue excelente cumpliendo las normas de la SESAL.

Y para fines de la interesada se le entrega la misiva a los 12 días del mes de marzo 2020.


ATTE. LIC. Niris Ondina Bortez.

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

SANDY GABRIELA / CONTRERAS SAGASTUME



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIÓ EL : 03 SEPTIEMBRE 1998
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 19 MAYO 2016



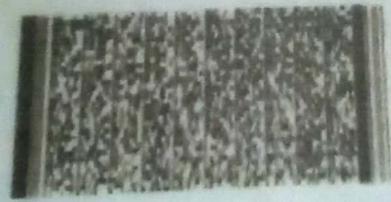
0422-1998-00213



15454652-01

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular puede privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.


DIRECTOR RMP



SOLICITADA EN 0422

SANDY GABRIELA / CONTRERAS SAGASTUME

0422-1998-00213



República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 16/04/2021

RTN: 04221998002136

SANDY GABRIELA CONTRERAS SAGASTUME
Nombre o Razón Social

Inscripciones

- | | | | |
|------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Ventas-Selectivo | <input type="checkbox"/> | Productores Importadores de Cigarrillos | <input type="checkbox"/> |
| Importador | <input type="checkbox"/> | Productor Alcoholes Licores | <input type="checkbox"/> |
| Exportador | <input type="checkbox"/> | Distribuidor Alcoholes Licores | <input type="checkbox"/> |
| Imprentas | <input type="checkbox"/> | Importador Alcoholes Licores | <input type="checkbox"/> |
| Prestamista | <input type="checkbox"/> | | |

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.


Ministra Directora



SAR

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 3501642

Transacción: 5E9B03