

Municipalidad de San Andres

DEPARTAMENTO DE LEMPIRA



DIA MES AÑO

24

06

2021

EXP# 1453

# ORDEN DE PAGO

N° 003868

Unidad Ejecutora: Municipalidad de San Andres, Lempira

Señor Tesorero Municipal: Nohema Betzabeth Pineda Nataven

Sirvase pagar a la orden de: Raquel Diaz Gomez

La suma de: Veinte y nueve Mil Trecientos treinta y siete con 63/100

(L. 29,337.63) Efectuando lo siguiente: \_\_\_\_\_

Programa: 11 Vida Mejor

Sub-Programa: 01 Salud

Actividad: Operacion Fuerza Honduras

GASTO CORRIENTE

GASTO DE CAPITAL

GASTO POR DEUDA PUBLICA

G	SG	R	DESCRIPCION
		55110	

### TOTALES

Pago A Medico general, quien labora en el centro de Triaje ubicado en el Kinder Tesoro Escondido en el Municipio de San Andres. L donde se le paga el mes de Junio del año 2021	L. 29,337.63	63
---	--------------	----

Fue cancelado con fondos de Transferencias: L. 29,337.63



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE MUNICIPAL

*[Signature]*

FIRMA Y SELLO TESORERIA MUNICIPAL

Conforme a lo arriba descrito, declaro recibir el importe en:

Efectivo \_\_\_\_\_ Cheque N° L. 29,337.63

11 004618

Identidad N° 1317-1992-00198

Solvencia Municipal N° \_\_\_\_\_

*[Signature]*

FIRMA INTERESADO

FECHA DE PAGO

DIA MES AÑO

24

06

2021

# RAQUEL DÍAZ GÓMEZ

R.T.N. 13171992001985 Tels. 9931-4074

E-mail: rdiaz7675@gmail.com

Colonia Juan Pablo II 3 cuadras abajo de la Escuela Eduardo Membreño Catacamas, Olancho.

## RECIBO POR HONORARIOS

CAI: 9AE301-7CC8EF-264886-5D7E8C-1BEA33-00

N° 000-001-04-00 000005

Original: Cliente

Copia: Emisor

Lps. 29,337.63

Eléct. 01/21 15 Recibo por Honorarios (00-00) de (XXXXXX) al (00-00) de (XXXXXX) Fecha Límite de Emisión 24/02/2022

Recibí de: Alcaldía Municipal San Andrés Templo RTN. 13169995434815

La suma neta de: Veinte y nueve Mil Trecientos Treinta y siete con  $\frac{63}{100}$  Lempiras

Por concepto: Pago A Médico general, Quien labora en el Centro de Triaje ubi-

cado en el kinder Tesóno Escondido en el Municipio de San Andrés, L.

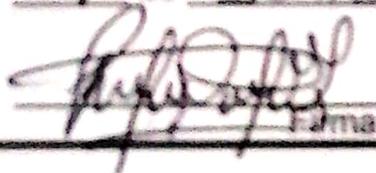
donde se le paga el mes de Junio del año 2021

24 de Junio del 2021

Total por Honorarios \_\_\_\_\_

Total de Retención \_\_\_\_\_

Total neto recibido \_\_\_\_\_

  
Firma

Imp. VTMREL Gracias, Lempira Tel. 2656-0124 RTN. 13201984003031 N° Certificación 8231-19-10500-149

# INFORME

MES 17/05/21 AL 17/06/21

CETTE SAN ANDRES, LEMPIRA

(CENTRO TEMPORAL DE TRIAGE Y  
ESTABILIZACION DE PACIENTES POR COVID-  
19)

RESPONSABLE: Doctora. RAQUEL DIAZ GOMEZ

SAN ANDRES, LEMPIRA

JUNIO 2021

## OBJETIVOS

### GENERAL

- ❖ Brindar atención medica oportuna a toda la población de San Andrés, Lempira, estableciendo diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de pacientes afectados por COVID-19.

### ESPECIFICOS

- ❖ Mejorar la detección temprana de COVID-19 en población en riesgo, con el fin de iniciar intervenciones oportunas y apropiadas para disminuir complicaciones.
- ❖ Definir el tratamiento ambulatorio y hospitalario del paciente con COVID-19.
- ❖ Definir los criterios referencia e ingreso oportuno de los pacientes con COVID-19.

## ACTIVIDADES REALIZADAS FECHA 17 DE MAYO DEL 2021 AL 17 DE JUNIO DEL 2021.

Durante la atención en centro de triaje se realiza:

- ✓ Identificación del paciente.
- ✓ Preclínica (toma de signos vitales)
- ✓ Evaluación médica (Examen físico e interrogatorio).
- ✓ Realización de prueba rápida.
- ✓ Aplicación de medicamentos.
- ✓ Entrega de medicamentos.
- ✓ Consejería sobre la COVID-19, uso de medidas de bioseguridad, atención sobre los signos y señales de peligro, importancia de buscar ayuda médica.
- ✓ Toma de muestra de hisopado.
- ✓ Ingreso a sala de estabilización o sala de aislamiento si amerita.

Se mantuvo en sala de estabilización con aplicación de oxígeno a:

- Paciente masculino de 57 años de edad procedente de Cenalaca, ingresado por 3 días. Con evolución satisfactoria, sin complicaciones
- Paciente masculino de 62 años de edad, procedente de el Tablón, se mantuvo con oxigenoterapia por 14 días, con ingreso y seguimiento domiciliario, paciente con evolución satisfactoria.
- Paciente masculino de 53 años de edad procedente de Ba. El Calvario, ingresado por 5 días, posterior al alta, con seguimiento domiciliario, sin complicaciones.

### **ACTIVIDADES EXTRAS**

- ✚ Charlas expositivas en CIS San Andrés sobre COVID-19.

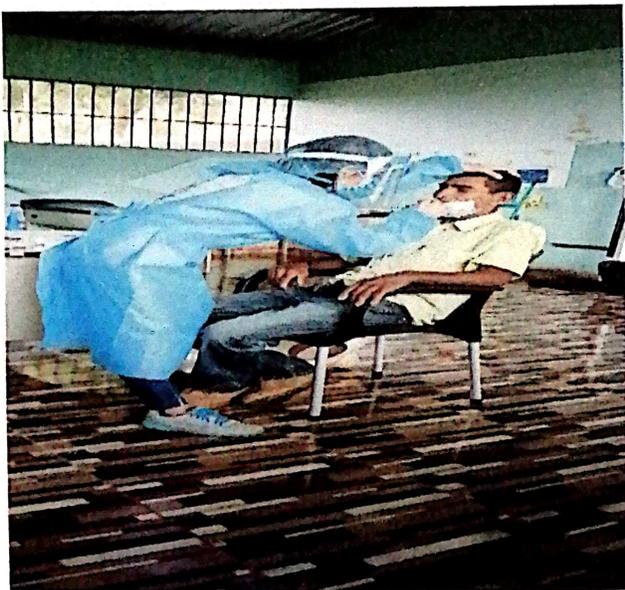
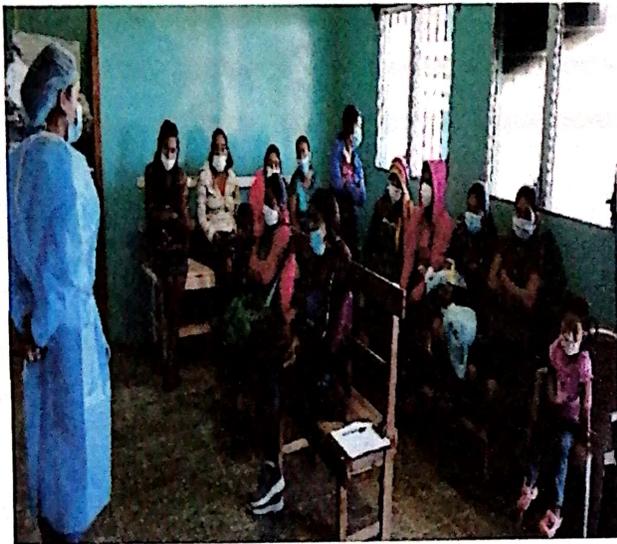
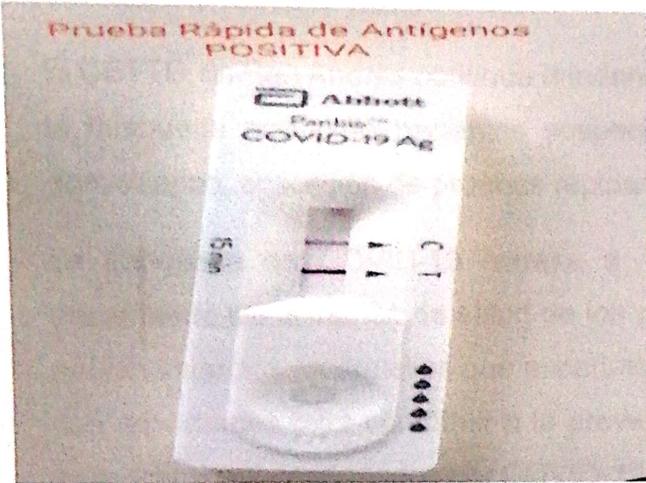
**Actividades realizadas CETTE San Andrés.**

<b>ATENCIONES EN TRIAJE</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
	42	50	92
<b>PRUEBAS RAPIDAS DE Ag.</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
	13	27	40
<b>PCR-rt</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
	4	1	5
<b>TRATAMIENTO MAIZ ENTREGADO</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
	22	18	49
<b>PRUEBAS RAPIDAS DE AC</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
	15	21	36

**TABLA DE PRUEBAS RAPIDAS.**

<b>PRUEBAS RAPIDAS DE Ag.</b>	<b>POSITIVAS</b>	<b>NEGATIVAS</b>
	<u>25</u>	<u>15</u>
<b>PRUEBAS RAPIDAS DE ANTICUERPOS</b>	<b>POSITIVAS</b>	<b>NEGATIVAS</b>
	<u>20</u>	<u>16</u>
<b>PRUEBAS PCR-rt</b>	<b>POSITIVAS</b>	<b>NEGATIVAS</b>
	<u>3</u>	<u>1</u>

**ANEXOS**



## **CONCLUSIONES**

El CETTE de San Andrés continua brindando servicios médicos a toda la población con la búsqueda activa de pacientes sospechosos o con COVID-19 , mediante visitas domiciliarias, aplicación de pruebas rápidas y atención en el centro de triaje.

La pandemia de COVID-19 estresa a los sistemas de salud y está afectando gravemente los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medios, teniendo peores impactos en aquellos que experimentan mayor fragilidad, por lo que los CETTE son importantes para contribuir a la prevención, control y manejo clínico de los casos sospechosos y confirmados por COVID-19 con o sin nexo epidemiológico que asisten a los establecimientos de forma oportuna con el fin de disminuir la posibilidad que las personas afectadas por esta enfermedad requieran hospitalización, ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos y que posteriormente fallezcan.

011100020939  
ALCALDIA MUNICIPAL DE  
SAN ANDRÉS LEMPIRA  
El Centro, San Andrés; Lempira

CHEQUE No. 11004618

San Andrés, Lempira 24 de Junio de 2021  
Lugar y Fecha

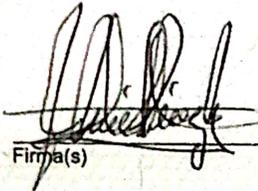
Raquel Diaz Gomez  
Páguese a la orden de

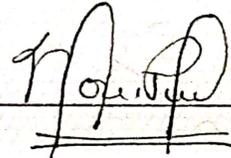
L 29,337.63

= Veinte y nueve Mil Treientos Treinta y siete con 63/100  
Cantidad en letras

Lempiras

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

  
Firma(s)



⑆0⑆0⑆0⑆020⑆000⑆⑆⑆00020939⑆⑆⑆004618



## CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, José Rene Pérez Molina con Id N. 1316-1966-00062, Lic. En educación Media, Mayor de edad, Hondureño, Casado, en su condición como Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de San Andrés Lempira, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** Raquel Díaz Gómez, con Identidad Numero: 1317-1992-00198, Mayor de Edad, Hondureña, profesión Doctora General, Soltera 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" Para que el triaje siga funcionando con fondos propios, mismos 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 San Andrés, en el CENTRO DE TRIAJE ubicado en el Casco Urbano de este Municipio en las instalaciones del kínder Tesoro Escondido.

**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. Realizar intervenciones quirúrgicas de carácter general
3. Practicar control de pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén a su cuidado.
4. Revisar expedientes, autorizar salidas e internamientos de pacientes.
5. Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.
6. Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.
7. 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 Veinte y Nueve Mil Trecientos treinta y siete 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.

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

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

**CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO.** Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de



## Municipalidad de San Andrés, Departamento de Lempira

### Trabajo Transparencia Compromiso



Honduras C; A

los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de **EL CONTRATO** sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por los derivaciones de este **CONTRATO**.

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

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

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en el Municipio de San Andrés Departamento de Lempira a los 17 días del mes de junio del año 2021.



**CONTRATANTE**  
José Rene Pérez Molina  
Alcalde Municipal  
ID. No. 1316-1966-00062



**FIRMA DEL EMPLEADOR**  
Raquel Diaz Gómez  
Tel: 9931-4074  
ID. No: 1317-1992-00198

Municipalidad de San Andres

DEPARTAMENTO DE LEMPIRA



DIA

MES

AÑO

24

06

2021

EXPT 1454

# ORDEN DE PAGO

N° 003867

Unidad Ejecutora: Municipalidad de San Andres, Lempira

Señor Tesorero Municipal: Nohema Betzabeh Pineda Nataren

Sirvase pagar a la orden de: Maria Laura Hernandez Cruz

La suma de: Doce Mil Seiscientos lempiras exactos.

(L. 12,600.00 ) Efectuando lo siguiente: \_\_\_\_\_

Programa: 11 Vida Mejor

Sub-Programa: 01 Salud

Actividad: Operacion fuerza handoras

GASTO CORRIENTE  GASTO DE CAPITAL  GASTO POR DEUDA PUBLICA

G	SG	R	DESCRIPCION
		55110	

DESCRIPCION			TOTALES	
Pago A enfermera Auxiliar, Quien labora en el Centro de Triaje Ubicado en el Casco urbano en el Kinder Meson Escondido donde se le pago el mes de Junio del año 2021			L. 12,600.	00
Fue cancelado con Fondos de Transferencias			L. 12,600.	00

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE MUNICIPAL

FIRMA Y SELLO TESORERIA MUNICIPAL

Conforme a lo arriba descrito, declaro recibir el importe en:  
 Efectivo \_\_\_\_\_ Cheque N° L. 12,600 =  
11004617

FIRMA INTERESADO

Identidad N° 1316-2000-00160

Solvencia Municipal N° \_\_\_\_\_

FECHA DE PAGO

DIA 24 MES 06 AÑO 2021

# MARÍA LAURA HERNÁNDEZ CRUZ

R.T.N. 13162000001604 Tels. 3205-8050

E-mail: laury260500@gmail.com

Aldea Sunsunlaca contiguo al taller tigrito . San Andres Lempira.

## RECIBO POR HONORARIOS

CAI:69877F-B92F7C-DC48B3-C4D095-E1E001-A9

N° 000-001-04-00 000005

Original: Cliente

Copia: Emisor

Lps. 12, 600.00

Elab. 01/21 50 Recibos por Honorarios 000-001-04-00000001 al 000-001-04-00000050 Fecha Límite de Emisión 09/03/2022

Recibí de: Alcaldía Municipal San Andres, Lempira RTN. 13169995434815

La suma neta de: Doce Mil Seiscientos Lempiras exactos. Lempiras

Por concepto: Pago A en Ferreo Auxiliar, quien labora en el Centro de Trabajo

Ubicada en el Casco Urbano en el Kinder Tesoro Escondido donde

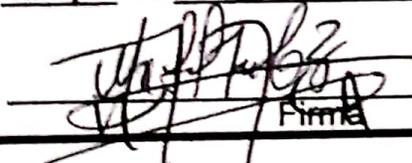
Se le pago el mes de Junio del año 2021

24 de Junio del 2021

Total por Honorarios \_\_\_\_\_

Total de Retención \_\_\_\_\_

Total neto recibido \_\_\_\_\_

  
Firma

Imp. VIMAREL Gracias, Lempira Tel. 2656-0124 RTN. 13201984003031 N° Certificación 9231-19-10500-149

# INFORME

MES 17/05/21 AL 17/06/21

CETTE SAN ANDRES, LEMPIRA  
(CENTRO TEMPORAL DE TRIAGE Y  
ESTABILIZACION DE PACIENTES POR COVID-  
19)

RESPONSABLE: A/E MARIA LAURA  
HERNANDEZ

SAN ANDRES, LEMPIRA

JUNIO 2021

## OBJETIVOS

### GENERAL

- ❖ Brindar atención médica oportuna a toda la población de San Andrés, Lempira, estableciendo diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna de pacientes afectados por COVID-19.

### ESPECIFICOS

- ❖ Mejorar la detección temprana de COVID-19 en población en riesgo, con el fin de iniciar intervenciones oportunas y apropiadas para disminuir complicaciones.
- ❖ Definir el tratamiento ambulatorio y hospitalario del paciente con COVID-19.
- ❖ Definir los criterios referencia e ingreso oportuno de los pacientes con COVID-19.

## **ACTIVIDADES REALIZADAS FECHA 17 DE MAYO DEL 2021 AL 17 DE JUNIO DEL 2021.**

Durante la atención en centro de triaje se realiza:

- ✓ Identificación del paciente.
- ✓ Preclínica (toma de signos vitales)
- ✓ Evaluación médica (Examen físico e interrogatorio).
- ✓ Realización de prueba rápida.
- ✓ Aplicación de medicamentos.
- ✓ Entrega de medicamentos.
- ✓ Consejería sobre la COVID-19, uso de medidas de bioseguridad, atención sobre los signos y señales de peligro, importancia de buscar ayuda médica.
- ✓ Toma de muestra de hisopado.
- ✓ Ingreso a sala de estabilización o sala de aislamiento si amerita.

Se mantuvo en sala de estabilización con aplicación de oxígeno a:

- Paciente masculino de 57 años de edad procedente de Cenalaca, ingresado por 3 días. Con evolución satisfactoria, sin complicaciones
- Paciente masculino de 62 años de edad, procedente de el Tablón, se mantuvo con oxigenoterapia por 14 días, con ingreso y seguimiento domiciliario, paciente con evolución satisfactoria.
- Paciente masculino de 53 años de edad procedente de Ba. El Calvario, ingresado por 5 días, posterior al alta, con seguimiento domiciliario, sin complicaciones.

### **ACTIVIDADES EXTRAS**

- ✚ Charlas expositivas en CIS San Andrés sobre COVID-19.

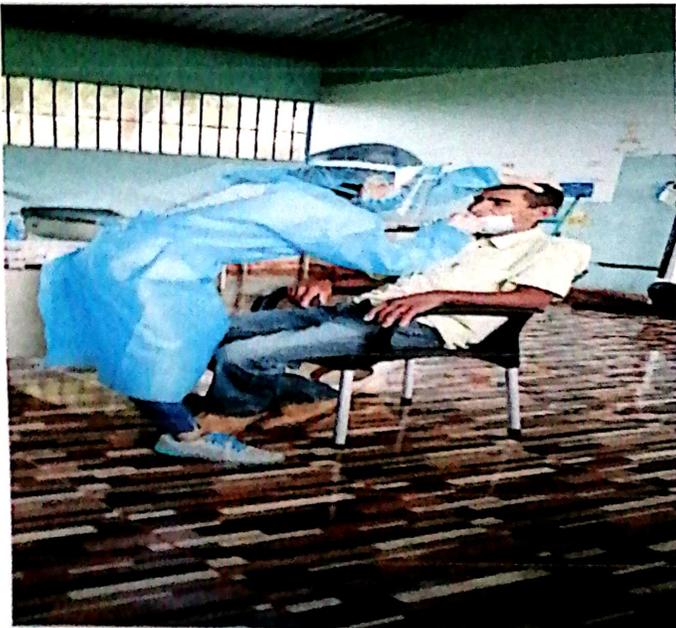
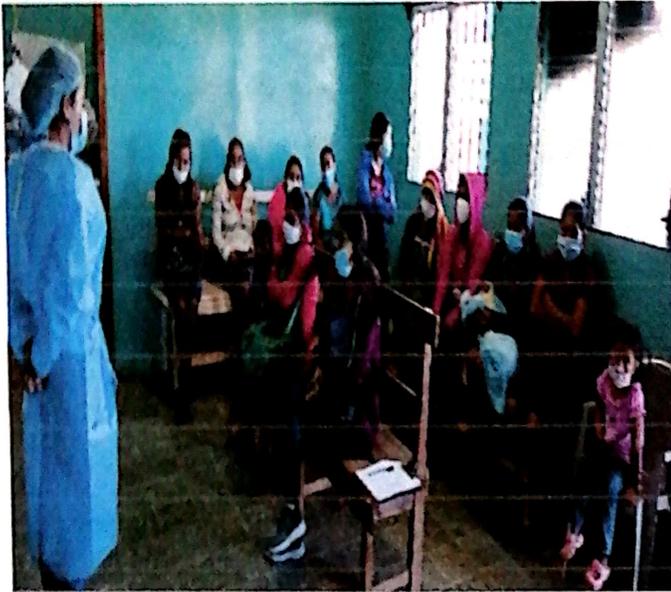
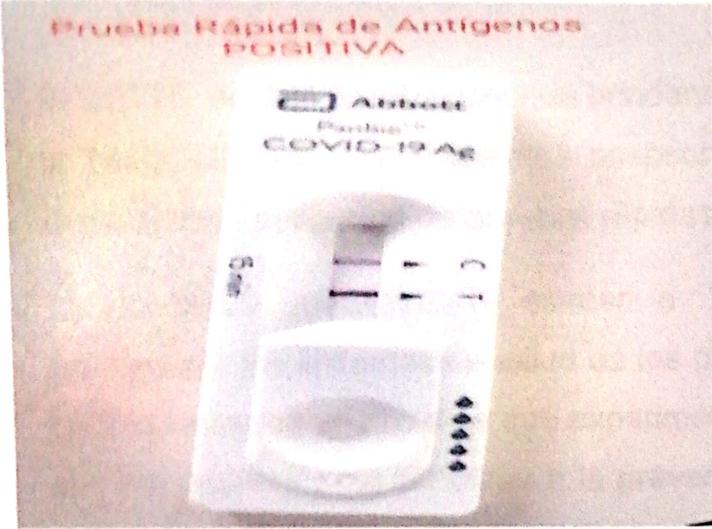
**Actividades realizadas CETTE San Andrés.**

<b>ATENCIONES EN TRIAJE</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>42</b>	<b>50</b>	<b>92</b>
<b>PRUEBAS RAPIDAS DE Ag.</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>13</b>	<b>27</b>	<b>40</b>
<b>PCR-rt</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>TRATAMIENTO MAIZ ENTREGADO</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>49</b>
<b>PRUEBAS RAPIDAS DE AC</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>15</b>	<b>21</b>	<b>36</b>

**TABLA DE PRUEBAS RAPIDAS.**

<b>PRUEBAS RAPIDAS DE Ag.</b>	<b>POSITIVAS</b>	<b>NEGATIVAS</b>
	<b><u>25</u></b>	<b><u>15</u></b>
<b>PRUEBAS RAPIDAS DE ANTICUERPOS</b>	<b>POSITIVAS</b>	<b>NEGATIVAS</b>
	<b><u>20</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b>PRUEBAS PCR-rt</b>	<b>POSITIVAS</b>	<b>NEGATIVAS</b>
	<b><u>3</u></b>	<b><u>1</u></b>

# ANEXOS



## **CONCLUSIONES**

El CETTE de San Andrés continua brindando servicios médicos a toda la población con la búsqueda activa de pacientes sospechosos o con COVID-19 , mediante visitas domiciliarias, aplicación de pruebas rápidas y atención en el centro de triaje.

La pandemia de COVID-19 estresa a los sistemas de salud y está afectando gravemente los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medios, teniendo peores impactos en aquellos que experimentan mayor fragilidad, por lo que los CETTE son importantes para contribuir a la prevención, control y manejo clínico de los casos sospechosos y confirmados por COVID-19 con o sin nexo epidemiológico que asisten a los establecimientos de forma oportuna con el fin de disminuir la posibilidad que las personas afectadas por esta enfermedad requieran hospitalización, ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos y que posteriormente fallezcan.

CHEQUE No. 11004617

011100020939  
ALCALDIA MUNICIPAL DE  
SAN ANDRÉS LEMPIRA  
El Centro, San Andrés; Lempira

San Andrés, Lempira 24 de Junio 2021  
Lugar y Fecha

Maria Laura Hernandez Cruz L 12,600.00  
Páguese a la orden de

= Doce Mil Seiscientos Lempiras exactos Lempiras  
Cantidad en letras

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

[Signature] [Signature]  
Firmas

⑈01011020⑈0001100020939⑈11004617

Not Autorizado por Banco Atlántida S.A. en L.V.



Municipalidad de San Andrés, Departamento de Lempira

Trabajo Transparencia Compromiso

Honduras C; A



## CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, José Rene Pérez Molina con Id N. 1316-1966-00062, Lic. En educación Media, Mayor de edad, Hondureño, Casado, en su condición como Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de San Andrés Lempira, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** María Laura Hernández Cruz, con identidad Numero.1316-2000-00160, Mayor de Edad, Hondureña, profesión Auxiliar de enfermería, Soltera, 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" para que el triaje siga funcionando con fondos propios, mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

**CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS:** **EL CONTRATANTE** declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios de Auxiliar de Enfermería-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** quien tendrá su sede en el Municipio de San Andrés, en el CENTRO DE TRIAJE ubicado en el Casco Urbano de este Municipio en las instalaciones de kínder Tesoro Escondido.

**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. Realizar intervenciones quirúrgicas de carácter general
3. Practicar control de pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén a su cuidado.
4. Revisar expedientes, autorizar salidas e internamientos de pacientes.
5. Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.
6. Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.
7. 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 Auxiliar de Enfermería 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 exactos (Lps. 12,600.00) mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras.

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

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

**CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO.** Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por



*Municipalidad de San Andrés, Departamento de Lempira*

*Trabajo Transparencia Compromiso*



*Honduras C; A*

incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de **EL CONTRATO** sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por los derivaciones de este **CONTRATO**.

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

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

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en el Municipio de San Andrés Departamento de Lempira a los 17 días del mes de Junio del año 2021.



**José René Pérez Molina**  
Alcalde Municipal  
ID. No. 1316-1966-00062



**FIRMA DEL EMPLEADOR**  
**María Laura Hernández Cruz**  
Tel: 3205-8050  
ID. No: 1316-2000-00160

Municipalidad de San Andres

DEPARTAMENTO DE LEMPIRA



DIA

MES

AÑO

24

06

2021

EXP # 1453

# ORDEN DE PAGO

N° 003869

Unidad Ejecutora: Municipalidad de San Andres, Lempira

Señor Tesorero Municipal: Nohema Betzabeh Pineda Nataren

Sirvase pagar a la orden de: Moises Cortez Pineda

La suma de: Doce Mil lempiras exactos.

(L. 12,000.00) Efectuando lo siguiente: \_\_\_\_\_

Programa: 17 Vida Mejor

Sub-Programa: 01 Salud

Actividad: Operacion fuerza Honduras

GASTO CORRIENTE

GASTO DE CAPITAL

GASTO POR DEUDA PUBLICA

G	SG	R	DESCRIPCION
		55110	Transferencia de Capital a instituciones de La Administracion Central
			<b>TOTALES</b>
Pago A personas que labora como vigilante, quien tiene su sede en el municipio de San Andres, en el Casco Urbano en el Kinder Tesoro Escondido donde se le paga el mes de Mayo y Junio del año 2021, por mes se le pagan L. 6,000.00			L. 12,000.00
Fue cancelado con fondos de Transferencias			L. 12,000.00



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE MUNICIPAL

*[Firma]*

FIRMA Y SELLO TESORERIA MUNICIPAL

Conforme a lo arriba descrito, declaro recibir el importe en:

Efectivo \_\_\_\_\_ Cheque N° 1,12,000  
11 004619

Identidad N° 1316 - 1977 - 00584

Solvencia Municipal N° \_\_\_\_\_

Moises Cortez Pineda  
FIRMA INTERESADO

FECHA DE PAGO

DIA

MES

AÑO

24

06

2021

REPUBLICA DE HONDURAS  
**MUNICIPALIDAD DE SAN ANDRES**



DEPARTAMENTO DE LEMPIRA

**RECIBO**

Por Lps.

12,000.00

Recibí de: "LA TESORERIA MUNICIPAL DE SAN ANDRES"

La Cantidad de: Doce Mil lempiras exactos Lempiras

Por concepto de: Pago A persona que laboro como vigilante quien tiene

Su Sede en el municipio de San Andres, en el casco urbano en el kin  
der Tesoro Escondido donde se le pago el mes de Mayo y Junio del  
año 2021. Por mes se le pagan L. 6,000  
FECHA 24 de Junio del 2021

Moises Cortez Pinedo

NOMBRE

1316-1997-00584

Nº DE IDENTIDAD

Moises Cortez

RECIBI CONFORME





Municipalidad de San Andrés, Departamento de Lempira

Trabajo Transparencia Compromiso

Honduras C; A



## CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, José Rene Pérez Molina con Id N. 1316-1966-00062, Lic. En educación Media, Mayor de edad, Hondureño, Casado, en su condición como Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de San Andrés Lempira, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** Moisés Cortez Pineda, con Identidad Numero: 1316-1997-00584, Mayor de Edad, Hondureña, profesión Bachiller en Agricultura, Unión Libre, 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" Para que el triaje siga funcionando con fondos propios, 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 Vigilancia ya que en el centro de triaje se instaló Equipo y Medicamento el cual es necesario cuidar **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **VIGILANTE** quien tendrá su sede en el Municipio de San Andrés, en el **CENTRO DE TRIAJE** ubicado en el Casco Urbano de este Municipio en las instalaciones del kínder tesoro escondido.

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

1. Vigilar las instalaciones del centro de triaje en horario de 5: 00 de la tarde a las 6:00 de la mañana

**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 de Vigilante; 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 Seis Mil Lempiras Exactos. (Lps. 6,000.00) mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la



*Municipalidad de San Andrés, Departamento de Lempira*

*Trabajo Transparencia Compromiso*



*Honduras C; A*

Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras.

**CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será de 5:00 pm de la tarde a 6: 00 Am de la mañana de lunes a Domingo, establecido por **EL CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.

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

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

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

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



*Municipalidad de San Andrés, Departamento de Lempira*

*Trabajo Transparencia Compromiso*

*Honduras C; A*



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

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

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en el Municipio de San Andrés Departamento de Lempira a los 17 días del mes de Junio del año 2021.

**CONTRATANTE**  
José Rene Pérez Molina  
Alcalde Municipal  
ID. No. 1316-1966-00062

*Moises Cortez Pineda*  
**FIRMA DEL EMPLEADOR**  
Moisés Cortez Pineda  
Tel: 3362-0827  
ID. No: 1316-1997-00584