



MEMORANDO GA-No. 516-2021

PARA: SANDY KARYNA PALMA RODRÍGUEZ
OFICIAL DE INFORMACIÓN PÚBLICA
UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y ACCESO
A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

DE: KARLA CRUZ CASTAÑEDA
GERENTE ADMINISTRATIVA



ASUNTO: REMISIÓN DE LIQUIDACIONES PARA PUBLICACIÓN

FECHA: 12 DE OCTUBRE DE 2021.

En cumplimiento al Artículo 251 de Decreto Legislativo No. 182-2020 publicado en el Diario Oficial La Gaceta No. 35,468; Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la Republica Ejercicio Fiscal 2021, se remite para su publicación la fotocopia de la liquidación presentada por las Municipalidades que se describen a continuación:

Nombre de la Alcaldía Municipal	Monto
1. ESPARTA, ATLANTIDA	L. 151,631.00 (CIENTO CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN LEMPIRAS EXACTOS)
2. SAN JOSÉ, COMAYAGUA	L. 103,507.00 (CIENTO TRES MIL QUINIENTOS SIETE LEMPIRAS EXACTOS)
3. SANTA LUCIA, FRANCISCO MORAZAN	L. 369,314.00 (TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CATORCE LEMPIRAS EXACTOS)
4. REITOCA, FRANCISCO MORAZAN	L. 309,127.00 (TRESCIENTOS NUEVE MIL CIENTO VEINTISIETE LEMPIRAS EXACTOS)
5. SANTA LUCIA, INTIBUCÁ	L. 281,470.00 (DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTA LEMPIRAS EXACTOS)



6. ERANDIQUE, LEMPIRA	L. 4,181.00 (CUATRO MIL CIENTO OCHENTA Y UN LEMPIRAS EXACTOS)
7. LA VIRTUD, LEMPIRA	L. 54,030.00 (CINCUENTA Y CUATRO MIL TREINTA LEMPIRAS EXACTOS)
8. SAN JUAN, LA PAZ	L. 76,634.00 (SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO LEMPIRAS EXACTOS)
9. POTRERILLOS, EL PARAISO	L. 150,257.00 (CIENTO CINCUENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE LEMPIRAS EXACTOS)
10. PETOA, SANTA BARBARA	L. 353,183.00 (TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA Y TRES LEMPIRAS EXACTOS)
11. MACUELIZO, SANTA BARBARA	L. 763,143.00 (SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO CUARENTA Y TRES LEMPIRAS EXACTOS)
12. ESQUIAS, COMAYAGUA	L. 199,755.00 (CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO LEMPIRAS EXACTOS)
13. POTRERILLOS, CORTES	L. 559,144.00 (QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO LEMPIRAS EXACTOS)
14. SAN MARCOS DE COLON, CHOLUTECA	L. 110,583.00 (CIENTO DIEZ MIL QUINIENTOS OCHENTA Y TRES LEMPIRAS EXACTOS)
15. SANTA ANA, FRANCISCO MORAZAN	L. 253,157.00 (DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO CINCUENTA Y SIETE LEMPIRAS EXACTOS)
16. SAN NICOLAS, COPAN	L. 138,005.00 (CIENTO TREINTA Y OCHO MIL CINCO LEMPIRAS EXACTOS)
17. SAN LUIS, SANTA BARBARA	L. 265,096.00 (DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVENTA Y SEIS LEMPIRAS EXACTOS)
18. YARULA, LA PAZ	L. 125,662.00 (CIENTO VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS LEMPIRAS EXACTOS)
19. SAN MARCOS DE CAIQUIN, LEMPIRA	L. 68,695.00 (SESENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO LEMPIRAS EXACTOS)



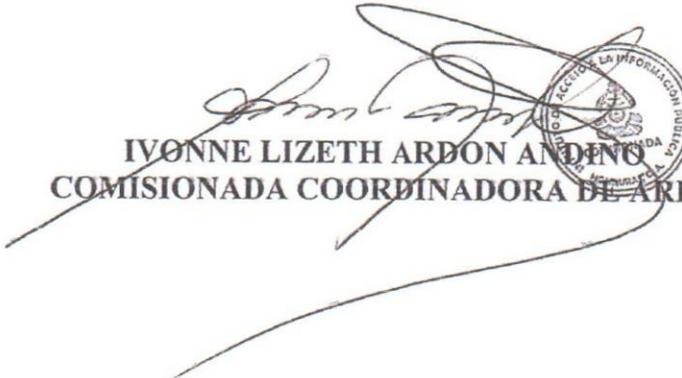
20. SANTA CRUZ, LEMPIRA	L. 91,235.00 (NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO LEMPIRAS EXACTOS)
21. SAN JUAN GUARITA, ÑEMPIRA	L. 64,529.00 (SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTINUEVE LEMPIRAS EXACTOS)
22. NARANJITO, SANTA BARBARA	L. 220,380.00 (DOSCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS OCHENTA LEMPIRAS EXACTOS)
23. SAN JOSE, CHOLUTECA	L. 63,308.00 (SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHO LEMPIRAS EXACTOS)

Atentamente,

CONSTANCIA

La suscrita Comisionada Msc. **IVONNE LIZETH ARDON ANDINO** por medio de la presente **HACE CONSTAR:** Que la **ALCALDÍA MUNICIPAL DE SAN LUIS, DEPARTAMENTO DE SANTA BÁRBARA**, Cumplió con la publicación del Informe de liquidación sobre los fondos asignados en el marco del programa “Operación Fuerza Honduras” en su **SEGUNDA ASIGNACIÓN**, dicho informe se encuentra en el Portal Único de Transparencia, del Instituto de Acceso a la Información Pública.

Firmo la presente a los veinticuatro (24) días del mes de mayo del año dos mil veintiuno (2021).



IVONNE LIZETH ARDON ANDINO
COMISIONADA COORDINADORA DE ÁREA



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN,
JUSTICIA Y DESCENTRALIZACIÓN

LIQUIDACION FUERZA HONDURAS I

OFICIO UCSEL -041-2021

PCM-117-2020

No.	COD. SEFIN	DEPARTAMENTO	MUNICIPALIDAD		CUMPLE	NO CUMPLE
2	2026	SANTA BARBARA	SAN LUIS F01 L265,096.00 ABRIL 2021	MONTO DE ACUERDO A F-01	X	
				FOLIO	X	
				SI ES DIGITAL (CERTIFICADA)		
				<u>Lineamientos</u>		
				PLAN DE COMPRAS	X	
				RECIBO DE LA TESORERIA	X	
				SOLICITUD DE REQUERIMIENTOS	X	
				ORDENES DE COMPRA	X	
				FACTURACION CAI	X	
				ACTA DE RECEPCION	X	
				CUADRO RESUMEN DE INVENTARIO	X	
				PLANILLAS	X	
				ACTA DE VEEDURIA SOCIAL	X	
				CONSTANCIA IAIP	X	
				INFORME EJECUTIVO	X	
				<u>OTRAS OBSERVACIONES</u>		
				DOCUMENTACION LEGIBLE	X	
GASTOS EN EL MARCO DEL COMBATE Y PREVENCION DEL COVID-19 INCLUYENDO EQUIPO, INSUMOS, INDUMENTARIA A EXCEPCION DE MEDICAMENTOS	X					

OBSERVACIONES

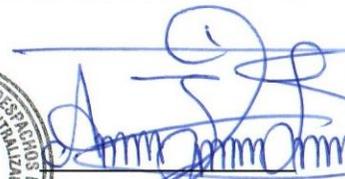
*Cumple con todos los Lineamientos


Revisado por
Elder Vargas




Lic. Ivonne Quintanilla
Cordinadora de Equipo




Aprobado Por
Alan Lainez





MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA
HONDURAS, C.A.

TELEFONO: 2657-20-45 TELEFAX 2657-2044



San Luis, Santa Bárbara
20 De Mayo del año 2021

ABOG. RAMON CARRANZA

Vice- Ministro Secretaria de Gobernación, Justicia y Descentralización
Su Oficina,

ESTIMADO ABOGADO

Dando cumplimiento al Decreto Ejecutivo PCM 61-2020 artículo 9 de fecha 12 de Julio 2020 PCM 117-2020 del 16 de noviembre 2020 por este medio estamos presentando la Liquidación en físico de la segunda transferencia recibida por la Municipalidad de San Luis para la ejecución del Programa Operación Fuerza Honduras.

Agradezco la atención a la presente

Atentamente,




Edwin Alexander Peña Mateo
Alcalde Municipal





MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA
HONDURAS, C.A.

TELEFONO: 2657-20-45 TELEFAX 2657-2044



San Luis, Santa Bárbara
20 De Mayo del año 2021

ABOG. RAMON CARRANZA

Vice- Ministro Secretaria de Gobernación, Justicia y Descentralización
Su Oficina,

ESTIMADO ABOGADO

Dando cumplimiento al Decreto Ejecutivo PCM 61-2020 artículo 9 de fecha 12 de Julio 2020 PCM 117-2020 del 16 de noviembre 2020 por este medio estamos presentando la Liquidación en físico de la segunda transferencia recibida por la Municipalidad de San Luis para la ejecución del Programa Operación Fuerza Honduras.

Agradezco la atención a la presente

Atentamente,



Edwin Alexander Peña Mateo
Alcalde Municipal


CONFORME A SU ORIGINAL




MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C.A.

TELEFONO: 2657-20-45 TELEFAX 2657-2044



OPERACIÓN FUERZA HONDURAS PLAN DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

COMPRA	DESCRIPCIÓN DE LA COMPRA/CONTRATACIÓN	MES DE COMPRA/CONTRATACIÓN	TIPO DE COMPRA-CONTRATACIÓN	MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	VALOR DE LA COMPRA/CONTRATACIÓN
1. COMPRA DE EQUIPO	Adquisición de tres Tanque de Oxigeno para el centro de Triaje ubicado en B° Cabañas.	ABRIL	EQUIPO	DIRECTA	42000.00
2. INSUMOS (OTROS INSUMOS)	Adquisición de 350 Pruebas rapidas Covid-19 Antron	ABRIL	ISUMOS	DIRECTA	45500.00
3. CONTRATACIÓN RECURSO HUMANO	Pago de honorarios medico asistencial para la atención médica a pacientes con covid-19 correspondiente a los meses de Febrero, Marzo y Abril del año 2021 con un sueldo mensual L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor de L.25,670.43.(Dos medicos desde Febrero - Abril año 2021 y Total en Honorarios medicos <u>L. 154,022.58</u> Pago de honorarios como auxiliar de enfermería para la atención médica a pacientes con covid-19 correspondiente al mes de Abril del año 2021 con un sueldo mensual L.12,600.00 se le hace la retención del 12.5% L.1,575.00 quedando un valor de L.11,025.00. Total <u>L. 11,025.00</u> . Servicio de Vigilante Un mes <u>L. 5,000.00</u> y Servicio de aseo mes quince dias <u>L. 7,548.42</u> en el Centro de Triaje ubicado en el antiguo edificio del Centro de Salud Alejandro Lazaro Mata, B° Cabañas	FEBRERO-MARZO-ABRIL	SERVICIOS	DIRECTA	177596.00
TOTAL					L. 265,096.00



EDWIN ALEXANDER PEÑA MATEO
Alcalde Municipal



LÓURDES MARITZA FERNÁNDEZ
Administración Municipal





MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA
HONDURAS C.A.
TELÉFONO: 2657-2044 - TELEFAX: 2657-2045



POR L. * 265,096.00*****

RECIBI DE LA TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA, CON RTN 08019995295576, LA CANTIDAD: ****DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVENTA Y SEIS LEMPIRAS EXACTOS****

VALOR QUE CORRESPONDE: PARA EJECUTAR PROGRAMA FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID-19, EN NUESTRO MUNICIPIO.

Municipio de San Luis, departamento de Santa Bárbara 15 de Abril del año 2021.



[Handwritten Signature]
Edwin Alexander Peña Mateo
Alcalde Municipal





GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

San Luis, Santa Bárbara
18 de Abril del año 2021

Edwin Alexander Peña Mateo
Alcalde Municipal
Su oficina,

ESTIMADO ALCALDE

Por este medio le saludo y la vez le deseamos éxitos en sus funciones que a diario emprende en pro al desarrollo de nuestro municipio.

El motivo de la presente es para solicitarle que se gestione la adquisición de tres tanques de Oxígeno y 350 pruebas rápidas y de antígeno para ser utilizadas en atención a los pacientes que llegan al Centro de Triage ubicado en el centro de salud Alejandro Lazaro Mata como es de su conocimiento en nuestro municipio hay un aumento de casos acelerado y nos urgen tener más equipo e insumos ya que hay muchos casos graves que necesitan oxígeno para lograr poder estabilizar estos pacientes.

Esperando su apoyo para así poder brindar una mejor atención a nuestros pacientes.

Atentamente,



DR. ARNULFO ENRIQUE MARTINEZ Z.
Coordinador Municipal de Salud





ORDEN DE COMPRA **Nº 011609**

SAN LUIS, S. B. 16 DE **Abril** DEL 20**21**

SEÑOR (ES) **Drogueria Benpharma S. DE RL DEC.V.**

POR ESTE MEDIO DE LA PRESENTE, FAVOR SUMINISTRARNOS LO SIGUIENTE:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	VALOR
350	Prueba Rapida de Covid-19 Artron Lab. - o - UL - o -	130.00	45,500.00
Adquisición de pruebas rápidas para ser utilizadas en el Centro de Triage Estabilización Covid-19, ubicado en el Barrio Cabañas, Programa Operación Fuerza Honduras, Emergencia Sanitaria.			
			45,500.00

Saidy López
HECHO POR



[Handwritten signature]
AUTORIZADO POR

CONFORME A SU ORIGINAL
[Handwritten signature]
SECRETARÍA
Municipalidad de San Luis
Honduras, C.A.



BENPHARMA

Drogueria Benpharma S de R.L. de C.V

Centro Comercial Perisur, Ofibodega #4

Col. Loarque

Tegucigalpa 08 11101

RTN: 08019011372922

CAI: 60B9CA-4B38AA-6A4185-54BAED-B1AD37-EC

Rango autorizado: 000-001-01-00014501 a
000-001-01-00024500

Fecha Limite de Emision: 23-03-2022

Cliente: MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

RTN: 16209995509666

SAN LUIS SANTA BARBARA

Factura: 000-001-01-00014846

Fecha: 20-04-2021

Hora: 15:00:17

Condiciones: CREDITO

Cant.	Und./Med.	Código	Descripcion	Unitario	Descuento	Importe
350	Unidad	80000	Prueba Rápida de Covid-19 Artron Lab.	130.00	0.00	45,500.00
			Cantidad: 350 Lote: SR200404 Vencimiento: 31/12/2021			

No. Orden Compra Exenta:

No. Constancia Reg. Exonerado:

No. Registro SAG:

Descuentos y Rebajas:	L.	0.00
Subtotal:	L.	45,500.00
Exonerado:	L.	0.00
Exento:	L.	45,500.00
Gravado 15%	L.	0.00
Gravado 18%	L.	0.00
ISV 15%	L.	0.00
ISV 18%	L.	0.00
Total a pagar:	L.	45,500.00

Cuerenta y Cinco Mil Quinientos Lempiras Exactos



TERMINOS DE PAGO DROGUERIA BENPHARMA

Toda factura debe ser pagada en los primeros 30 dias despues de su entrega o de acuerdo a las condiciones en que se negociaron en la compra. Una vez cumplido los treinta dias se cobrara un 5% de interes moratorio sobre el valor total de la factura, mensualmente hasta que haya sido cancelada en su totalidad.

Revisado por cuentas por cobrar		Revisado por el cliente	
Nombre:		Nombre:	
Firma y Sello:	Fecha:	Firma y Sello:	Fecha:
		Declaro que fue recibido a conformidad Cliente	

Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor



La factura es derecho de todos exigela

Teléfono: +50422455550 / +50499907320 Correo electrónico: jahyromendoza@gmail.com

Cuenta No. 11-208-000123-8

SAN LUIS
Lugar y Fecha

16 de abril de 2021

DROGUERIA BENPHARMA S DE RL DE CV
Páguese a la orden de

L 45,500.00

CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CON CERO CENTAVOS
Cantidad en letras

Lempiras

 Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

001208079:0012080001238#00103

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Adquisición de 350 pruebas rápidas a L. 130.00 cada una para ser utilizadas en el Centro de Triaje Estabilización Covid-19 ubicado en el Barrio cañafías, Emergencia Sanitaria.

CUENTA No.	DESCRIPCION	DEBE	HABER
00012313	MP		
CHEQUE No.	HECHO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
			RECIBI CONFORME



01463

RR Domey y de Honduras, S.A. de C.V.

RR DOMEY Y DE HONDURAS, S.A. DE C.V. R.I.N. 0201030804653. GENERACION M. 0001-16-1999-13. PRE. 2657-2044. FAX. 2657-2045. C.A. HONDURAS

3
4
3
2

RECIBO POR: L. 45,500.00

Recibí de la Municipalidad de San Luís, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el cheque N° 012313 BANCO DE OCCIDENTE por la cantidad de **L. 45,500.00** (CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS EXACTOS.) Adquisición de 350 pruebas rápidas a L.130.00 cada una para ser utilizadas en el Centro de Triage Estabilización Covid-19 ubicado en el Barrio cabañas, Emergencia Sanitaria

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011225

San Luís Santa Bárbara 16 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno

A circular stamp with the text "Drogueria BENPHARMA" is overlaid with a handwritten signature in blue ink. The signature appears to be "M. M. M." followed by a flourish.

DROGUERIA BENPHARMA S DE RL DE CV

Identidad N° 0501-1983-1028

An official stamp from the "MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS" is stamped over a handwritten signature. The stamp includes the text "SECRETARIA" and "Municipalidad de San Luis, C.A.". A large, bold stamp reading "CONFORME ORIGINAL" is placed over the signature and the official stamp.

MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Drogueria Benpharma S. de RL de C.U.

Con Tarjeta de Identidad 08019011372922

Solvencia N° _____

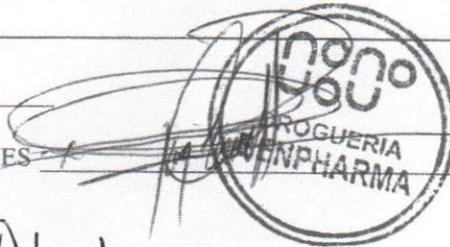
DESCRIPCION DEL PAGO:

Adquisición de 350 pruebas rapidas \$130.00 clu
para ser utilizados en el centro de triaje
Estabilización covid-19 ubicado en el Bº Cabañas
Emergencia Sanitaria.

2.45,500.00

SOLICITADO POR _____

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES _____



San Luis, Santa Bárbara 16 de Abril del 2021.



Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL





Drogueria Benpharma S de R.L. de
Principal
Centro Comercial Perisur, Ofibodega #4
Col. Loarque
RTN: 08019011372922

COTIZACION: 000-001-00-00000569

Fecha: 16-04-2021

Hora: 15:59:56

Cliente: MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

RTN: 16209995509666

Cant.	Und./Med.	Código	Descripcion	Unitario	Descuento	Importe
350	Unidad	80000	Prueba Rápida de Covid-19 Artron Lab.	130.00	0.00	45,500.00
				Descuento:	L.	0.00
				Subtotal:	L.	45,500.00
				Impuestos:	L.	0.00
				Total:	L.	45,500.00

Cuarenta y Cinco Mil Quinientos Lempiras Exactos

CONFORME
A SU ORIGINAL



La factura es derecho de todos exígela

Teléfono: +50422455550 / +50499907320 Correo electrónico: jahyromendoza@gmail.com

EQUIPOS MEDICOS HONDURAS



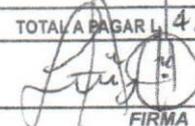
Propietario: Rosa Luisa Massiel Turcios Hernández
 Colonia La Sabana, 6 y 7 Calle, 23 y 24 Ave., Casa #41, atrás
 del Estadio del Marathón, San Pedro Sula, Cortés, Honduras, C.A.
 Cel.: 9599-1368 / Tel.: 2534-0093 • E-mail: massielturcios@hotmail.com
 R.T.N. 05021993003650

Fecha 26 de Abril del 20 21 CONTADO CREDITO
 Cliente: Municipalidad San Luis, Santa Bárbara
 R.T.N.: 1620 9995509666
 Dirección: San Luis, Santa Barbara
 N° Correlativo de Orden de Compra Exenta _____
 N° Correlativo de Constancia de Registro Exonerado: Acuerdo 182 -2020 Art. 288
 N° Identificativo del Registro de la SAG _____

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNIT. L	TOTAL L
03	Tanques de Oxigeno Grandes con sus Kits de manómetro + Flujo metro + Cánula Nasal + Naso Humidificadores y Llenos de Oxigeno.	14,000 00	42,000 00

CAI: 15C8CB-8CCD15-8043AB-E5D735-F2873D-A5	SUB-TOTAL L	
<p align="center">FACTURA</p> <p>000-001-01-00 N° 000555</p> <p><small>Fecha Límite de Emisión: 05 / 04 / 2022 Imprinta El Angel, Tel.: 9790-6440 • R.T.N. 05011963053585 Certificado N°.: 9231-19-10500-295 Rango Autorizado: 000-001-01-00000551 al 000-001-01-00000750 Original: Cliente • Copia: Obligado Tributario Emisor</small></p> <p>La Factura es Beneficio de Todos "Exijala"</p>	IMPORTE EXONERADO L	
	IMPORTE EXENTO L	42,000 00
	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L	
	IMP. GRAVADO 15% I.S.V. L	
	IMP. GRAVADO 18% I.S.V. L	
	15% I.S.V. L	
	18% I.S.V. L	
	TOTAL A PAGAR L	42,000 00

Cantidad en Letras: Cuarenta y dos mil
lempiras exactos.


 FIRMA





Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/04/2021
Hora : 07:29 p.m.
USUARIO: LILIAN.PERDOMO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11266

L.: 42,000.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1452

Fecha de Emisión: 23/4/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: ROSA LUISA MASSIEL TURCIOS HERNANDEZ / EQUIPO MEDICO HONDURAS Id/RTN: 05021993003650

La Cantidad en Letras: CUARENTA Y DOS MIL CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Adquisición de tres Tanques de Oxígeno grandes incluye manómetro, flujómetro, Humidificador, cánula y llenos, para ser utilizados en el Centro de Triage Alejandro Lazaro Mata, ante la Emergencia Sanitaria COVID-19 Programa Operación Fuerza Honduras

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 55110 14-011-00	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	42,000.00

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
14-011-00	DONACIONES INTERNAS	42,000.00
Monto Total:		42,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		MONTO
SUBTOTAL		42,000.00
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		42,000.00



Firma y Sello de Presupuestario

[Handwritten signature]



Firma y Sello de Tesorería

Edwin Alexander Peña

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por: +

Identidad No.: _____

0s+js/9Jmep2dEARCJkmw0bwoalHwcAby4cmHluKDs35Z7cn65gheXDMIZ5nkqUbU8Gq4LeBIU88SUSQXCBUdLaPEZ8adDSHM970ly41GHU6N06aEalDymBHCfcmN+6gvj0V0cRZ6dYp4z4MwNT0qOxfQoIFoE/h1kMg68Gyw=



RECIBO POR: L.42,000.00

Recibí de la Municipalidad de San Luís, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el **Cheque N° 012354 BANCO DE OCCIDENTE** por la cantidad de L. 42,000.00 (CUARENTA Y DOS MIL EXACTOS) Adquisición de tres tanques de oxígeno grandes incluye manómetro, flujometro, humidificador, cánula y llenos para ser utilizados en el centro de Triaje Alejandro Lázaro Mata ante la emergencia Sanitaria Covid-19 Programa Operación Fuerza Honduras.

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011266

San Luís Santa Bárbara 23 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno



Rosa Larsa Massiel Turcios Hernandez

Equipo Médica de Honduras

Identidad N° 05021993003650





MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA, HONDURAS C. A.

TEL: 2657-2044, TELEFAX: 2657-2045

ORDEN DE COMPRA Nº 011616

SAN LUIS, S. B. 23 DE Abril

DEL 20 21

SEÑOR (ES) **Equipo Medico Honduras**

POR ESTE MEDIO DE LA PRESENTE, FAVOR SUMINISTRARNOS LO SIGUIENTE:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	VALOR
3	Tanques de oxigeno Grandes con sus Kits Manometro + Flujo- metro + Cánula Nasal + Vaso Humidificador y llenos de Oxigeno. -o -Uk -o -	14,000.00	42,000.00
Adquisición de tres tanques de oxigeno para ser utilizados en el Centro de Triaje Estabili- zación Covid-19, Programa Operación Fuerza Honduras, Emergencia Sanitaria.			

Saidy Lopez

HECHO POR



42,000.00



**CONFORME
A SU ORIGINAL**

RECIBO POR: L.42,000.00

Recibí de la Municipalidad de San Luis, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el **Cheque N° 012354 BANCO DE OCCIDENTE** por la cantidad de **L. 42,000.00 (CUARENTA Y DOS MIL EXACTOS)** Adquisición de tres tanques de oxígeno grandes incluye manómetro, flujometro, humidificador, cánula y llenos para ser utilizados en el centro de Triage Alejandro Lázaro Mata ante la emergencia Sanitaria Covid-19 Programa Operación Fuerza Honduras.

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011266

San Luis Santa Bárbara 23 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno



Rosa Luisa Massiel Turcios Hernandez

Equipo Médica de Honduras

Identidad N° 05021993003650



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Rosa Luisa Massiel Turcios Hernandez

Con Tarjeta de Identidad 05021993003650

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Adquisición de tres tanques de oxígeno
grandes incluye manómetro, flujometro
Humidificador, cánula y llenos para ser utilizados
en el centro triaje Alejandro Lazaro Mata
ante la emergencia Sanitaria covid-19 Prog.
Operación Fuerza Honduras \$42,000.00

SOLICITADO POR _____

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES

[Handwritten signature]


San Luis, Santa Bárbara 23 de Abril del 2021.



Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL





MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C.A.

TELEFONO: 2657-20-45 TELEFAX 2657-2044



OPERACIÓN FUERZA HONDURAS REGISTRO DE INVENTARIO DE LOS BIENES

INVENTARIO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	ASIGNADO A	CARGO	UBICACIÓN
IMSL(SALUD-016)	Tanque de oxígeno grande con manómetro Manometro + flujometro + humidificador color verde turquesa	3	14000.00	42000.00	Dr. Arnulfo Enrique Martinez Zavala	Coordinador Municipal de Salud	Centro de Triage y estabilización COVID-19, ubicado antiguo local del centro de salud Alejandro Lazaro Mata, B° Cabañas.
TOTALES				L. 42,000.00			



ALCALDE
EDWIN ALEXANDER PEÑA MATEO

Alcalde Municipal



GERENCIA ADMINISTRATIVA
GURDES MARITZA FERNÁNDEZ

Administración Municipal



Dr. ARNULDO ENRIQUE MARTINEZ ZAVALA
Coordinador Municipal de Salud



Equipos Médicos Honduras

San Pedro Sula, Cortés
9599-1368/9695-7083
massielturcios@hotmail.com
Equipos Médicos Honduras
RTN: 05021993003650
Envíos a nivel nacional



Cotización

Cotización n.º: Abril202169
Fecha: 23/04/2021

Para: Municipalidad San Luis Santa Bárbara
Enviar a: municipalidad_sanluis@yahoo.es

N.º de seguimiento:
Modo de envío:

Descripción	Cantidad	Tarifa	Importe
Tanques de oxígeno grande + manómetro + Flujómetro + Humidificador + Cánula	3	L 14,000.00	L 42,000.00*

*Indica un concepto exento de impuestos

Subtotal L 42,000.00
Envío L 0.00
Total L 42,000.00

Total L 42,000.00

¡Gracias por su confianza!

Luis Turcios
Equipos Médicos Honduras
23/04/2021

ACTA DE RECEPCIÓN

Por este medio se hace Constar que hemos recibido a conformidad de: **EQUIPOS MEDICOS HONDURAS.**, La factura N° 000-001-01-00 000555.

Los productos que acontinuacion se detallan:

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MONTO
1	Tanque de oxígeno pequeño con manómetro	3	42000.00
	Manometro + flujometro + humidificador		
TOTAL			L. 42,000.00

Dado en la Ciudad de San Luis, Departamento de Santa Barbara a los 26 dias del mes de Abril del año 2021.

En marco de la Operación Fuerza Honduras en razón del Estado de Emergencia Sanitaria declarada COVID-19 por medio de esta Acta doy Fe que se recibió.



LOURDES MARITZA FERNÁNDEZ
Administración Municipal



ARNULFO ENRIQUE MARTINEZ Z.
Coordinador Municipal de Salud



ACTA DE RECEPCIÓN

Por este medio se hace Constar que hemos recibido a conformidad de: **DROGUERIA BENPHARMA S. DE RL DE CV.**, La factura N° 000-001-01-00014846.

Los productos que acontinuacion se detallan:

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MONTO
1	Prueba Rápida COVID-19 Antron Lab.	350	45500.00
TOTAL			L. 45,500.00

Dado en la Ciudad de San Luis, Departamento de Santa Barbara a los 21 dias del mes de Abril del año 2021.

En marco de la Operación Fuerza Honduras en razón del Estado de Emergencia Sanitaria declarada COVID-19 por medio de esta Acta doy Fe que se recibió.



LOURDES MARITZA FERNÁNDEZ
Administración Municipal



ARNULFO ENRIQUE MARTINEZ Z.
Coordinador Municipal de Salud



CONFORME A SU ORIGEN



**OPERACIÓN FUERZA HONDURAS
PLANILLA DEL PERSONAL
EMERGENCIA SANITARIA COVID-19
MES DE FEBRERO 2021**



**Municipio de San Luis
Departamento de Santa Barbara**

N°	NOMBRE DEL PERSONAL	N° IDENTIDAD	PUESTO FUNCIONAL	VALOR MENSUAL	Deducción ISR 12.5% Fondos Municipales	TOTAL PAGADO FONDOS FUERZA HONDURAS
1	Elmer Noel Hernandez Sanchez	712-1991-00053	Medico en atención a pacientes	29,337.63	3667.20	25670.43
2	Ronmel Gerardo Rivera Castellanos	1620-1992-00678	Medico en atención a pacientes	29,337.63	3667.20	25670.43
3	Marta Alicia Castro	1620-1988-00157	Encargada de Aseo	5000.00	0.00	5000.00
TOTAL					7334.40	56340.86

NOTA: Se hace la deducción del Impuesto Sobre la Renta el 12.5% de los honorarios medicos y del salario de las enfermeras.



EDWIN ALEXANDER PEÑA MATEO
Alcalde Municipal



LOURDES MARITZA FERNANDEZ
Administración Municipal





**OPERACIÓN FUERZA HONDURAS
PLANILLA DEL PERSONAL
EMERGENCIA SANITARIA COVID-19
MES DE MARZO 2021**



**Municipio de San Luis
Departamento de Santa Barbara**

N°	NOMBRE DEL PERSONAL	N° IDENTIDAD	PUESTO FUNCIONAL	VALOR MENSUAL	Deducción ISR 12.5% Fondos Municipales	TOTAL PAGADO FONDOS FUERZA HONDURAS
1	Elmer Noel Hernandez Sanchez	0712-1991-00053	Medico en atención a pacientes	29,337.63	3667.20	25670.43
2	Rommel Gerardo Rivera Castellanos	1620-1992-00678	Medico en atención a pacientes	29,337.63	3667.20	25670.43
3	Marta Alicia Castro	1620-1988-00157	Encargada de Aseo	2548.42	0.00	2548.42
4	Cosme Yobany Rivera	1620-1978-00681	Apoyo (Vigilante)	5000.00	0.00	5000.00
TOTAL					7334.40	58889.28

NOTA: Se hace la deducción del Impuesto Sobre la Renta el 12.5% de los honorarios medicos y del salario de las enfermeras.

AL EDWIN ALEXANDER PEÑA MATEO
SAN LUIS, Alcalde Municipal

LOURDES MARITZA FERNANDEZ
Administración Municipal

CONFORME ORIGINAL
SECRETARIA
Honduras, C. A.



**OPERACIÓN FUERZA HONDURAS
PLANILLA DEL PERSONAL
EMERGENCIA SANITARIA COVID-19
MES DE ABRIL 2021**



**Municipio de San Luis
Departamento de Santa Barbara**

N°	NOMBRE DEL PERSONAL	N° IDENTIDAD	PUESTO FUNCIONAL	VALOR MENSUAL	Deducción ISR 12.5% Fondos Municipales	TOTAL PAGADO FONDOS FUERZA HONDURAS
1	Elmer Noel Hernandez Sanchez	0712-1991-00053	Medico en atención a pacientes	29,337.63	3667.20	25670.43
2	Ronmel Gerardo Rivera Castellanos	1620-1992-00678	Medico en atención a pacientes	29,337.63	3667.20	25670.43
3	Lauri Yasenia Aguilar Juarez	1622-2000-00199	Enfermera	12600.00	1575.00	11025.00
TOTAL					8909.40	62365.86

NOTA: Se hace la deducción del Impuesto Sobre la Renta el 12.5% de los honorarios medicos y del salario de las enfermeras.



EDWIN ALEXANDER PEÑA MATEO
Alcalde Municipal



LOURDES MARITZA FERNÁNDEZ
Administración Municipal



**CONFORME
A SU ORIGINAL**



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA
HONDURAS C.A.
TELÉFONO: 2657-2044 - TELEFAX: 2657-2045



NOTA ACLARATORIA

Por medio de la presente se hace la siguiente aclaración: en las planillas de pago del personal contratado en el programa Operación Fuerza Honduras se realizó la deducción del Impuesto sobre la renta en el mes de Febrero L. 7,334.40, Marzo L. 7,334.40, Abril L. 8,909.40 para un total retenido de **L. 23,578.20** dicha cantidad es pagada con Fondos Municipales, como aportación municipal según convenio establecido.

San Luis, Santa Bárbara 15 de Mayo del año Dos Mil Veintiuno.



Edwin Alexander Peña M.
Edwin Alexander Peña M.
Alcalde Municipal





Municipalidad de San Luis

SAN LUIS, SANTA BARBARA, HONDURAS, C.A.
Tel.: 2657-2044 Fax: 2657-2045

CHEQUE No. 00012303

Cuenta No. 11-208-000123-8

SAN LUIS
Lugar y Fecha

16 de abril de 2021

2
3
4

ELMER NOEL HERNANDEZ SANCHEZ
Páguese a la orden de

L 25,670.43

VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS
Cantidad en letras

Lempiras

RR Donnelley es Honduras, S.A. de C.V.

01453



Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

00012303 00012303 00012303 00012303 00012303

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Pago por la prestación de sus servicios como medico asistencial para la atención medica de pacientes con COVID-19 Emerg. Sanitaria (Aportación Municipal) del 06/02/2021 al 06/03/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención de 12.5% L. 3,667.20

CUENTA No.	DESCRIPCION	DEBE	HABER

00012303

CHEQUE No.

HECHO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME

CONFORME
ASU ORIGINAL
SECRETARÍA
Municipalidad de San Luis
Honduras



Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 16/04/2021
Hora : 03:05 p.m.
USUARIO: LILIAN.PERDOMO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11217

L.: 25,670.43

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1403

Fecha de Emisión: 16/4/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: ELMER NOEL HERNANDEZ SANCHEZ

Id/RTN: 0712199100053

La Cantidad en Letras: VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

Pago por la prestación de sus servicios como medico asistencial para la atención medica de pacientes con COVID-19 Emergencia Sanitaria (Aportación Municipal) del 06/02/2021 al 06/03/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	25,670.43

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	25,670.43
Monto Total:		25,670.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		25,670.43
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		25,670.43



Firma y Sello de Presupuestario



Edwin Alexander Peña
Firma y Sello de Alcalde (sa)



Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por:

Identidad No.: 0712-1991-00053

0s+js/j9Jmep2dEARCJkrmw0bwoaHwcAby4cmHluKDs3SZ7cnCDgneXDMIZ5hkqUbU8Gq4LeBIU88SUSQXCBUqLzPEZ8adD9HmDbzHly4TEHly6N058WaiCmiz HCFmN+6gvj0V0cRZ6dYp4z4MwNT0qOxfQoFoE/h1kMg6SGyw=



RECIBO POR: L. 25,670.43

Recibí de la Municipalidad de San Luís, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el cheque N° 012303 BANCO DE OCCIDENTE por la cantidad de L. 25,670.43 (VEINTE Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON 43/100.) Pago por prestación de sus servicios como médico asistencial para la atención medica de pacientes con COVID-19 Emergencia Sanitaria I (Aportación Municipal)a partir del 06/02/2021 al 06/03/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar de L.25,670.43.

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011217

San Luís Santa Bárbara 16 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno



ELMER NOEL HERNANDEZ SANCHEZ

Identidad N°0712-1991-00053



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Elmer Noel Hernandez Sanchez

Con Tarjeta de Identidad 0712-1991-00053

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Pago por la prestación de sus servicios como
medico asistencial para la atención medica
de pacientes con covid-19 emergencias
Sanitaria Caportacion Mpal) del 06/02/21
al 06/03/21 con sueldo mensual de \$29,337.63
se le hace la Retención del 12.5%.
\$25,670.43

SOLICITADO POR [Signature]

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES Elmer Noel Hernandez

San Luis, Santa Bárbara 16 de Abril del 2021.



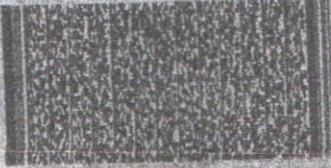
Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL



ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS. ANEXO A LA LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS. La inscripción de la
disposición de este artículo será válida a partir de la expedición de la correspondiente

10000111
DIRECTOR INP



SOLICITADA EN 0801
ELMER NOEL / HERNANDEZ SANCHEZ
0712-1991-00053

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

ELMER NOEL / HERNANDEZ SANCHEZ



HONDURAN POR NACIMIENTO
NACIÓ EL 30 MARZO 1991
SEXO MASCULINO
HABILIDA EL 23 AGOSTO 2011



0712-1991-00053



12413073-02

CONFORME
ORIGINAL





Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

Constancia

El Suscrito Coordinador Municipal de Salud por medio de la presente **HACE CONSTAR:** Que el MG Elmer Noel Hernández Sánchez con Identidad N- 0712-1991-00053, realizo servicios de atención medico asistencial en el CIS San Luis en el periodo comprendido del 06 de Febrero al 06 de Marzo del 2021, firmo la presente en el Municipio de San Luis, Santa Bárbara, a los 25 días del mes de Marzo del 2021.



Dr. Arnulfo Martínez

Coordinador Municipal de Salud

Nosotros, Edwin Alexander Peña Mateo, Perito Mercantil y Contador Público, casado con domicilio en barrio Pinares, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de San Luis, Departamento de Santa Bárbara quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y Elmer Noel Hernández Sánchez con Identidad N° 0712-1991-00053, soltero, nacionalidad Hondureña residente en Barrio el centro de este municipio, médico general con colegiación N° 16961 quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

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

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

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

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 63/100 (L. 29,337.63)** mensuales. El monto total de este **CONTRATO** es por la cantidad de **Ochenta y Ocho Mil Doce Lempiras con 89/100(L. 88,012.89)** será cubierto con fondos destinados para la emergencia sanitaria COVID 19 según convenio del 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 **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.



[Handwritten signature]



Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 16/04/2021
Hora : 05:06 p.m.
USUARIO: LILIAN.PERDOMO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11224

L.: 25,670.43

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1410

Fecha de Emision: 16/4/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: RONMEL GERARDO RIVERA CASTELLANOS

Id/RTN: 1620199200678

La Cantidad en Letras: VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripcion:

Pago por la prestación de sus servicios como medico asistencial para la atención medica de pacientes con COVID-19 Emergencia Sanitaria (Aportación Municipal) del 08/02/2021 al 08/03/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	25,670.43

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
Total de retenciones:		0.00

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	25,670.43
Monto Total:		25,670.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		25,670.43
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		25,670.43



Firma y Sello de Presupuestario



Edwin Alexander Peña
Firma y Sello de Alcalde (sa)



Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por:

Identidad No.: 1620-1992-00678

0s+js/j9Jmep2dEARCJkmw0bwoaHwcAby4cmHluKDs3SZ7cnCDgneXDMIZ5hkqUbU8Gq4LeBIU88SUSQXCBUqLzPEZ8adD9HMD62tly4rGhW6905ahalOanHCFmN+6gvj0VOCrZ6dYp4z4MwNT0qOxfQoFoE/h1kMg6SGyw=

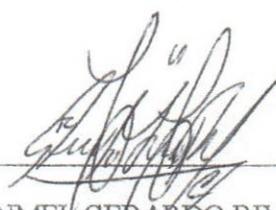


RECIBO POR: L. 25,670.43

Recibí de la Municipalidad de San Luís, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el cheque N° 0123011 BANCO DE OCCIDENTE por la cantidad de L. 25,670.43 (VEINTE Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON 43/100.) Pago por prestación de sus servicios como médico asistencial para la atención medica de pacientes con COVID-19 Emergencia Sanitaria I (Aportación Municipal)a partir del 08/02/2021 al 08/03/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar de L.25,670.43

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011214

San Luís Santa Bárbara 16 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno



RONMEL GERARDO RIVERA CASTELLANOS

Identidad N°1620-1992-00678



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

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

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

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

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

ACEPTACIÓN FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de San Luis, Departamento de Santa Bárbara a los cuatro días del mes de Febrero del año



[Signature]
Edwin Alexander Peña Mateo
El Contratante



[Signature]
VB. Jefe Municipal de Salud

[Signature]

Elmer Noel Hernández Sánchez
El Contratado



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Rommel Gerardo Rivera Castellanos

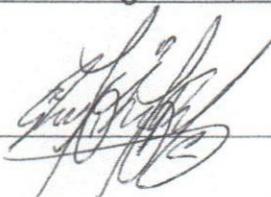
Con Tarjeta de Identidad 1620-1992-00678

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Pago por la prestación de sus servicios
como medico asistencial para la atención
medica de pacientes con covid-19 emergencias
sanitarias (Aportacion Mpal) del 08/02/21 al
08/03/21 con sueldo Mpal sueldo Mensual
₡29,337.63 se le hace la Retención del 12.5% ₡3,667.20
₡ 25,670.43

SOLICITADO POR Marisela

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES 

San Luis, Santa Bárbara 16 de 04 del 2021.



Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL




REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RONMEL GERARDO / RIVERA CASTELLANOS



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL 17 OCTUBRE 1992
SEXO MASCULINO
EMITIDA EL 15 MAYO 2012

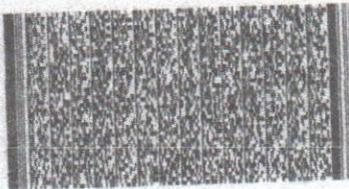
1620-1992-00678

12465008-01

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



DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1620
RONMEL GERARDO / RIVERA CASTELLANOS
1620-1992-00678

CONFORME A SU ORIGINAL



MUNICIPALIDAD DE SAN MARCOS
 SECRETARIA
 Honduras, C.A.



GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

CONSTANCIA

El suscrito Coordinador Municipal de Salud por medio de la presente hace constar que el MG Ronmel Gerardo Rivera Castellanos Con identidad número 1620-1992-00678, realizó servicios de atención médico-asistencial en el Triage San Luis en el periodo comprendido del 08 de Febrero al 08 de Marzo de 2021, firmo la presente en el municipio de San Luis, Santa Bárbara, a los 25 días del mes de Marzo del año 2021.



Dr. Arnulfo Martínez

Coordinador Municipal de Salud



Nosotros, Edwin Alexander Peña Mateo, Perito Mercantil y Contador Público, casado con domicilio en barrio Pinares, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de San Luis, Departamento de Santa Bárbara quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y Ronmel Gerardo Rivera Castellanos con Identidad N° 1620-1992-00678, soltero, nacionalidad Hondureña residente en Barrio Morazán de este municipio, Dr. En medicina y Cirugía, quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

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

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

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

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de dos (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 63/100 (L. 29,337.63)** mensuales. El monto total de este **CONTRATO** es por la cantidad de **Ochenta y Ocho Mil Doce Lempiras con 89/100(L. 88,012.89)** será cubierto con fondos destinados para la emergencia sanitaria COVID 19 según convenio del 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 **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.

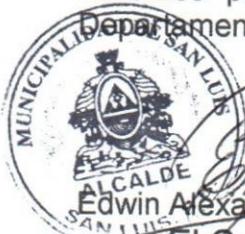
CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES: Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, **EL CONTRATADO** se somete a las disposiciones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

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

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

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

ACEPTACIÓN FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de San Luis, Departamento de Santa Bárbara a los seis días del mes de Febrero del año 2021.



[Signature]
Edwin Alexander Peña Mateo
El Contratante

[Signature]
Romel Gerardo Rivera Castellanos
El Contratado



[Signature]
VB. Jefe Municipal de Salud





Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/04/2021
Hora : 05:45 p.m.
USUARIO: LILIAN.PERDOMO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11261

L.: 25,670.43

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1447

Fecha de Emision: 23/4/2021

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: RONMEL GERARDO RIVERA CASTELLANOS

Id/RTN: 1620199200678

La Cantidad en Letras: VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripcion:

Pago por la prestación de sus servicios como medico asistencial para la atención medica de pacientes con covid-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras a partir del 08/03/2021 al 08/04/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar de L.25,670.43.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 55110 14-011-00	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	25,670.43

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
14-011-00	DONACIONES INTERNAS	25,670.43
Monto Total:		25,670.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		25,670.43
RETENCIONES		0.00
		25,670.43



Firma y Sello de Presupuestario



Edwin Alexander Peña
Firma y Sello de Alcalde (sa)



Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por:

Identidad No.:

1620-1992-00678

0s+js/j9Jmep2dEARCJkrmw0bwoaHwcAby4cmHluKDs3SZ7cnCDgneXDMIZ5hkqUbU8Gq4LeBIU88SUSQXCBUqLzPEZ8ed99HMD62fny4TGHUy6N05aHajCxmH HCfmN+6gvj0V0cRZ6dYp4z4MwNT0qOxfQoIFoE/h1kMg6SGyw=

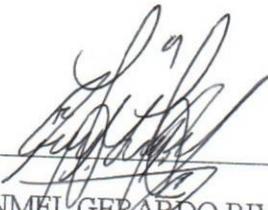


RECIBO POR: L.25,670.43

Recibí de la Municipalidad de San Luís, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el cheque N° 012347 BANCO DE OCCIDENTE por la cantidad de L. 25,670.43 (VEINTE Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON 43/100) Pago por la prestación de sus servicios como médico asistencial para la atención medica de pacientes con covid-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras a partir del 08/03/2021 al 08/04/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar de L.25,670.43.

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011261

San Luís Santa Bárbara 23 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno



RONMEL GERARDO RIVERA CASTELLANOS

Identidad N° 1620-1992-00678



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Rommel Gerardo Revera Castellanos

Con Tarjeta de Identidad 4620-1992-00678

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Pago por la prestación de sus servicios como medico
asistencial para la atención medica de pacientes
con covid-19 Emergencia Sanitaria Prog Operación
Fuerza Honduras a partir del 08/03/21 al
08/04/21 con un sueldo mensual de \$29,337.63 se
le hace la retención del 12.5% \$3,667.20 quedando un
valor a pagar \$ 25,670.43

SOLICITADO POR Maresela.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES _____

San Luis, Santa Bárbara 22 04 del 2021.



Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL





GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

CONSTANCIA

El suscrito Coordinador Municipal de Salud por medio de la presente hace constar que el Médico General Ronmel Gerardo Rivera Castellanos Con identidad número 1620-1992-00678, realizó labores de asistencia médica en Unidad de Salud de San Luis, en el periodo comprendido del 08 de Marzo al 08 de Abril de 2021, firmo la presente en el municipio de San Luis, Santa Bárbara, a los 08 días del mes de Abril del año 2021.

Dr. Arnulfo Martínez

Coordinador Municipal de Salud




REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD
RONMEL GERARDO / RIVERA CASTELLANOS



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
 NACIÓ EL : 17 OCTUBRE 1992
 SEXO : MASCULINO
 EMITIDA EL : 15 MAYO 2012

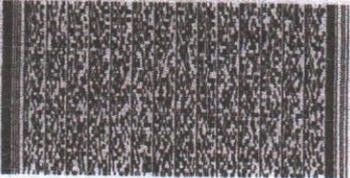
1620-1992-00678


12465808-01

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



DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1620
RONMEL GERARDO / RIVERA CASTELLANOS
1620-1992-00678


CONFORME A SU ORIGINAL


Cuenta No. 11-208-000123-8

Lugar y Fecha

23 de abril de 2021

Páguese a la orden de EL MER NOEL HERNADEZ SANCHEZ

L 25,670.43

Cantidad en letras VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Lempiras

 Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

10012080790001208000123800012351

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Pago por la prestación de sus servicios como medico asistencial para la atención medica de pacientes con covid-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras a partir del 06/03/2021 al 06/04/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la

CUENTA No.	DESCRIPCION	DEBE	HABER
00012351	<i>MP</i>	<i>[Signature]</i>	<i>2</i>
CHEQUE No.	HECHO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
			RECIBI CONFORME

CONFORME
EN ORIGINAL
MUNICIPALIDAD DE...
SECRETARIA
Honduras, C. A.



Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/04/2021
Hora : 05:29 p.m.
USUARIO: LILIAN.PERDOMO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11258

L.: 25,670.43

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1440

Fecha de Emision: 23/4/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: ELMER NOEL HERNANDEZ SANCHEZ

Id/RTN: 0712199100053

La Cantidad en Letras: VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripcion:

Pago por la prestación de sus servicios como medico asistencial para la atención medica de pacientes con covid-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras a partir del 06/03/2021 al 06/04/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar de L.25,670.43.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 55110 14-011-00	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	25,670.43

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-011-00	DONACIONES INTERNAS	25,670.43
Monto Total:		25,670.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		25,670.43
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		25,670.43



Edwin Alexander Peña
Firma y Sello de Alcalde (sa)



Recibido por: _____

Identidad No.: 0712-1991-00053

0s+js/9Jmep2dEARCJkmw0bwoaHwcAby4cmHluKDs3S27cnCDgneXDMIZ5hkqUbU8Gq4LeBIU88SUSQXCBUqLzPEZ8adD9HhDb2klyTGHuy6ndgafaoXmexHCFmN+6gvj0V0cRZ6dYp4z4MwNT0qOxfQoFoE/h1kMg6SGyw=



RECIBO POR: L.25,670.43

Recibí de la Municipalidad de San Luís, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el cheque N° 012351 BANCO DE OCCIDENTE por la cantidad de **L. 25,670.43** **(VEINTE Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON 43/100)** Pago por la prestación de sus servicios como médico asistencial para la atención medica de pacientes con covid-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras a partir del 06/03/2021 al 06/04/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar de L.25,670.43.

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011258

San Luís Santa Bárbara 23 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno



ELMER NOEL HERNANDEZ SANCHEZ

Identidad N° 1620-1992-00678



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Elmer Noel Hernandez Sanchez

Con Tarjeta de Identidad 0712-1991-00053

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Pago por la prestación de sus servicios como
medico asistencial para la atención medica de
pacientes con covid-19 Emergencia Sanitaria
Prog. Operación Fuerza Honduras a partir del
06/03/21 al 06/04/21 con un sueldo mensual de
₡29,337.63 se le hace la Retención del 12.5% de 3,667.20
quedando un valor a pagar de ₡ 25,670.43

SOLICITADO POR Marisela.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES

San Luis, Santa Bárbara



20 del 2021.

Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL





GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DE HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD

CONSTANCIA

El suscrito Coordinador Municipal de Salud por medio de la presente hace constar que el Médico General Elmer Noel Hernández Sanchez Con identidad número 0712-1991-00053, realizó labores de asistencia médica en Unidad de Salud de San Luis, en el periodo comprendido del 06 de Marzo al 06 de Abril de 2021, firmo la presente en el municipio de San Luis, Santa Bárbara, a los 06 días del mes de Abril del año 2021.

Dr. Arnulfo Martínez

Coordinador Municipal de Salud




REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD
ELMER NOEL / HERNANDEZ SANCHEZ



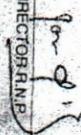

HONDUREÑO POR NACIMIENTO
 NACIO EL: 20 MARZO 1991
 SEXO: MASCULINO
 EMITIDA EL: 23 AGOSTO 2013

0712-1991-00053


12415073-02

0712-1991-00053
ELMER NOEL / HERNANDEZ SANCHEZ
 SOLICITADA EN 0801



DIRECTOR R.N.P.


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.



CONFORME ORIGINAL
 MUNICIPALIDAD DE SA...
 SECRETAR...


5,000.00

Cuenta No. 11-208-000123-8

Lugar y Fecha

23 de abril de 2021

Páguese a la orden de

L 5,000.00

CINCO MIL CON CERO CENTAVOS
 Cantidad en letras

Lempiras

b Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

⑆01208079⑆00112080001238⑆00012348

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Pago de un mes de salario como vigilante en el Centro de Triaje Estabilización COVID-19 ubicado en el Barrio Caballeros correspondiente al mes de Marzo del año 2021 se adjunta constancia Programa Operación Fuerza Honduras.

CUENTA No.	DESCRIPCION	DEBE	HABER

00012348	MD			
CHEQUE No.	HECHO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR	RECIBI CONFORME

CONFIRME A SU ORIGINAL

MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS
 SECRETARIA
 Honduras, C.A.

[Handwritten signature]



Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/04/2021
Hora : 05:38 p.m.
USUARIO: LILIAN.PERDOMO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11260

L.: 5,000.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1439

Fecha de Emision: 23/4/2021

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: COSME YOBANY RIVERA

Id/RTN: 1620197800681

La Cantidad en Letras: CINCO MIL CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Pago de un mes de salario como vigilante en el Centro de Triaje Estabilización COVID-19 ubicado en el Barrio Cabañas correspondiente al mes de Marzo del año 2021 se adjunta constancia Programa Operación Fuerza Honduras.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 55110 14-011-00	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	5,000.00

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
14-011-00	DONACIONES INTERNAS	5,000.00
Monto Total:		5,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		5,000.00
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		5,000.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Edwin Alexander Pano
Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por:

Identidad No.:

[Handwritten Signature]
1620-1978-00681

0s+js/9Jmep2dEARCJkmw0DwoaHwcAby4cmHluKDs3SZ7cnCDgneXDMIZ5hkqUbU8Gq4LeBIU88SUSQXCBUqLzPEZ8adD9HmD7mYw9uuv5WFeaIteCxmbHCFmN+6gvj0V0cRZ6dYp4z4MwNT0qOxfQoIFoE/h1KMg6Sgyw=

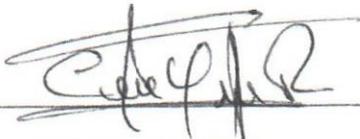
CONFORME
ORIGINAL
SECRETARIA
Municipalidad de San Luis, Santa Bárbara, Honduras, C.A.

RECIBO POR: L.5,000.00

Recibí de la Municipalidad de San Luís, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el cheque N° 012348 BANCO DE OCCIDENTE por la cantidad de L. 5,000.00 (CINCO MIL EXACTOS) Pago de un mes de salario como vigilante en el Centro de Triaje Estabilización COVID-19 ubicado en el Barrio Cabañas correspondiente al mes de Marzo del año 2021 se adjunta constancia Programa Operación Fuerza Honduras.

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011260

San Luís Santa Bárbara 23 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno



COSME YOBANY RIVERA

Identidad N° 1620-1978-00681



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Cosme Yobany Rivera

Con Tarjeta de Identidad 1620-1978-00681

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Pago de un mes de Salario como vigilante
en el CIS y traje San Luis el mes
de Marzo 2021

Prog. Fuerza Honduras

Q 5,000.00

SOLICITADO POR Cosme Yobany R.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES [Firma]

San Luis, Santa Bárbara 23 Abril del 2021.



Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL





Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

CONSTANCIA

El suscrito Coordinador Municipal de Salud por medio de la presente hace constar que Cosme Yobany Rivera Con identidad número 1620197800681, realizó labores de vigilancia en el CIS y triage San Luis, en el periodo comprendido del 1 de Marzo al 31 de Marzo del 2021, firmo la presente en el municipio de San Luis, Santa Bárbara, a los 6 días del mes de Marzo del año 2021.



Dr. Arnulfo Martínez

Coordinador Municipal de Salud




REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

COSME YOBANY / RIVERA


 HONDUREÑO POR NACIMIENTO
 NACIO EL: 16 NOVIEMBRE 1978
 SEXO: MASCULINO
 EMITIDA EL: 06 ABRIL 2017

1620-1978-00681

 00412867-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Falsifica Autoridad o persona particular, o por el cual se crea 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 GENERAL



SOLICITADA EN 1620
COSME YOBANY / RIVERA
1620-1978-00681

CONFORME A SU ORIGINAL


Cuenta No. 11-208-000123-8

Lugar y Fecha

30 de abril de 2021

Páguese a la orden de RONNEL GERARDO RIVERA CASTELLANOS

L 25,670.43

Cantidad en letras VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Lempiras

Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

00120807910011208000123800012377

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Pago por la prestación de sus servicios como medico asistencial para la atención medica de pacientes con COVID-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras del 08/04/2021 al 08/05/2021 con un sueldo mensual L.29,337.63 se le hace la retención 12.5% L. 2,667.20 para un total de L. 25,670.43

CUENTA No.	DESCRIPCION	DEBE	HABER
00012377			
CHEQUE No.	HECHO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
			RECIBI CONFORME

CONFORME ORIGINAL
SECRETARIA
Municipalidad de Santa Barbara
Honduras, C.A.



Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 29/04/2021
Hora : 05:21 p.m.
USUARIO: LILIAN.PERDOMO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11289

L.: 25,670.43

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1475

Fecha de Emision: 29/4/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: RONMEL GERARDO RIVERA CASTELLANOS

Id/RTN: 1620199200678

La Cantidad en Letras: VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripcion:

Pago por la prestación de sus servicios como medico asistencial para la atención medica de pacientes con COVID-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras del 08/04/2021 al 08/05/2021 con un sueldo mensual L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar L.25,670.43.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 55110 14-011-00	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	25,670.43

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
14-011-00	DONACIONES INTERNAS	25,670.43
Monto Total:		25,670.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		MONTO
SUBTOTAL		25,670.43
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		25,670.43



Firma y Sello de Presupuestario

[Handwritten Signature]



Edwin Alexander Peña
Firma y Sello de Alcalde (sa)



Firma y Sello de Tesoreria

[Handwritten Signature]

Recibido por:

Identidad No.: 1620199200678

0s+js/9Jmep2dEARCJkwm0bwoaHwcAby4cmHluKDs3SZ7cnCDgneXDMIZ5hkqUbU8Gq4LeBIU88SUSQXCBUqLzPEZ3adD9HMDc2tHy4TGHG6N05aHaiCxmhcHCfMn+6gvj0VocRZ6dYp4z4MwNT0qOxfQoIFoE/h1kMg6SGyw=



RECIBO POR: L.25,670.43

Recibí de la Municipalidad de San Luis, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el cheque N° 012376 BANCO DE OCCIDENTE por la cantidad de L. 25,670.43 (VEINTE Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON 43/100) Pago por la prestación de sus servicios como médico asistencial para la atención medica de pacientes con covid-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras a partir del 08/04/2021 al 08/05/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar de L.25,670.43.

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011289

San Luis Santa Bárbara 30 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno



RONMEL GERARDO RIVERA CASTELLANOS

Identidad N° 1620-1992-00678



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Rommel Gerardo Rivera Castellanos

Con Tarjeta de Identidad 1620-1992-00678

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Pago por la prestación de sus servicios como medico as-
tencial para la atención medica de pacientes con
covid-19 Emergencia Sanitaria Prog. Operación Fuerza
Honduras del 08/04/21 al 08/05/21 con un sueldo
mensual de 29,337.63 se le hace la Retención del 12.51.
83,667.20 quedando a pagar de 25,670.43

SOLICITADO POR Rommel Gerardo Rivera C.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES _____

San Luis, Santa Bárbara 30 de Abril del 2021.



Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL





GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

CONSTANCIA

El suscrito Coordinador Municipal de Salud por medio de la presente hace constar que el Médico General Ronmel Gerardo Rivera Castellanos Con identidad número 1620-1992-00678, realizó labores de asistencia médica en Unidad de Salud de San Luis, en el periodo comprendido del 08 de Abril al 08 de Mayo de 2021, firmo la presente en el municipio de San Luis, Santa Bárbara, a los 10 días del mes de Mayo del año 2021.

Dr. Arnulfo Martínez

Coordinador Municipal de Salud



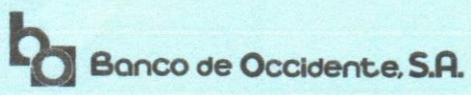
82000

PÁGuese a la orden de BLAHER NOEL HERNANDEZ SANCHEZ

L 25.670.43

Cantidad en letras VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Lempiras



[Handwritten signatures]
Firma(s)

87 62 1 000 8 2 2 3 8 0 0 0 1 2 3 8 0 0 0 1 2 3 7 8

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Pago por la prestación de sus servicios como medico asistencial para la atención medica de pacientes con COVID-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras del 06/04/2021 al 06/05/2021 con un sueldo mensual L.29.337,63 se le hace la retención

CUENTA No.	DESCRIPCION	DEBE	HABER

00012378

CHEQUE No.

HECHO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME

CONFORME A SU ORIGINAL

MUNICIPAL SECRETARIA Honduras, C.A.

[Handwritten signature]


REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD
RONMEL GERARDO / RIVERA CASTELLANOS



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
 NACIO EL 17 OCTUBRE 1992
 SEXO MASCULINO
 EMITIDA EL 15 MAYO 2012

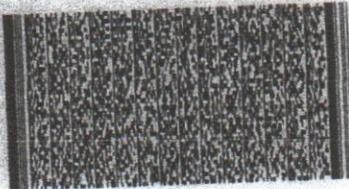
1620-1992-00678


12465808-01

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



 DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1620
RONMEL GERARDO / RIVERA CASTELLANOS
1620-1992-00678



 MUNICIPALIDAD DE COMPROTA
 SECRETARIA
 Honduras, C.A.

[Handwritten Signature]

Orden de Pago No.: 11290

L.: 25,670.43

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1476

Fecha de Emision: 29/4/2021

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: ELMER NOEL HERNANDEZ SANCHEZ

Id/RTN: 0712199100053

La Cantidad en Letras: VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Descripcion:

Pago por la prestación de sus servicios como medico asistencial para la atención medica de pacientes con COVID-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras del 06/04/2021 al 06/05/2021 con un sueldo mensual L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar L.25,670.43.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 55110 14-011-00	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	25,670.43

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
14-011-00	DONACIONES INTERNAS	25,670.43
Monto Total:		25,670.43

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		25,670.43
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		25,670.43



Firma y Sello de Presupuestario



Edwin Alexander Peño
Firma y Sello de Alcalde (sa)



Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por:

[Signature]

Identidad No.:

0712-1991-00053

0s+js/9Jmep2dEARCJkmw0bwaaHwcAby4cmHluKDs3SZ7cnCDgneXDMIZ5hkqUbU8Gq4LeBIU88SUSQXCBUqLzPEZ8adD9HMDb2tHy4TGHuv6N05aHaiCxmtx HCfmN+6gvj0VocRZ6dYp4z4MwNT0qOxfQoFoE/h1kMg6SGyw=

29/04/2021 05:24:44 p.m.



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Elmer Noel Hernández Sanchez.

Con Tarjeta de Identidad 0712-1991-00053

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Pago por la prestación de sus servicios como medico
asistencial para la atención medica de pacientes
con covid-19 Emergencia Sanitaria Prog Operación
Fuerza Honduras a partir del 06/04/2021 al
06/05/21 con un sueldo mensual de 29,337.63 se
le hace la retención del 12.5 % de 3,667.20 quedando
un valor a pagar de 25,670.43

SOLICITADO POR Elmer Noel Hernández

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES [Firma]

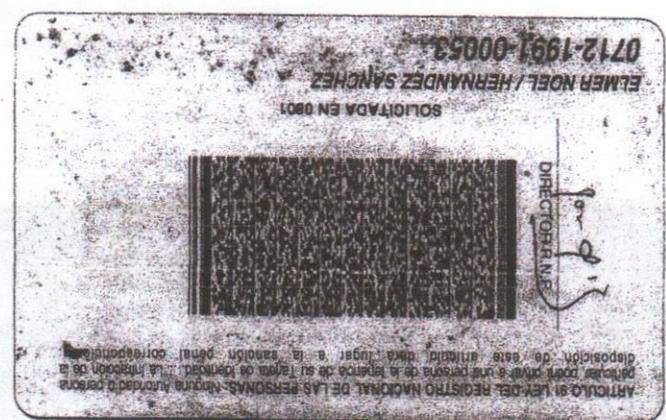
San Luis, Santa Bárbara 30 Abril del 2021.



Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL





CONFORME
A S...

MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS POTOSÍ
SECRETARIA

[Handwritten Signature]



Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD

CONSTANCIA

El suscrito Coordinador Municipal de Salud por medio de la presente hace constar que el Médico General Elmer Noel Hernández Sanchez Con identidad número 0712-1991-00053, realizó labores de asistencia médica en Unidad de Salud de San Luis, en el periodo comprendido del 06 de Abril al 06 de Mayo de 2021, firmo la presente en el municipio de San Luis, Santa Bárbara, a los 06 días del mes de Mayo del año 2021.

Dr. Arnulfo Martínez

Coordinador Municipal de Salud



RECIBO POR: L.25,670.43

Recibi de la Municipalidad de San Luis, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el cheque N° 012378 BANCO DE OCCIDENTE por la cantidad de L. 25,670.43 (VEINTE Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON 43/100) Pago por la prestación de sus servicios como médico asistencial para la atención medica de pacientes con covid-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras a partir del 06/04/2021 al 06/05/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar de L.25,670.43.

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011290

San Luis Santa Bárbara 30 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno



ELMER NOEL HERNANDEZ SANCHEZ

Identidad N° 1620-1992-00678





Municipalidad de San Luis

SAN LUIS, SANTA BARBARA, HONDURAS, C.A.
Tel.: 2657-2044 Fax: 2657-2045

CHEQUE No. 00012379

Cuenta No. 11-208-000123-8

SAN LUIS
Lugar y Fecha

30 de abril de 2021

Páguese a la orden de LAURI YESSENIA AGUILAR JUAREZ

L 11,025.00

ONCE MIL VEINTICINCO CON CERO CENTAVOS
Cantidad en letras

Lempiras



Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

00120807900011208000123800012379

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Pago por sus servicios como auxiliar de enfermería para la atención de pacientes con COVID-19 en el Centro de Triaje y Estabilización covid-19 ubicado en el Barrio Cabañas del 01 al 30 de Abril del año 2021 con un sueldo mensual de L.12,600.00 se le hace

CUENTA No.	DESCRIPCION	DEBE	HABER



00012379

MP

CHEQUE No.

HECHO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME

Lauri yessenia Aguilar





Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 29/04/2021
Hora : 05:28 p.m.
USUARIO: LILIAN.PERDOMO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11291

L.: 11,025.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1477

Fecha de Emisión: 29/4/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: LAURI YESENIA AGUILAR JUAREZ

Id/RTN: 1622200000199

La Cantidad en Letras: ONCE MIL VEINTICINCO CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Pago por sus servicios como auxiliar de enfermería para la atención de pacientes con COVID-19 en el Centro de Triaje Estabilización covid-19 ubicado en el Barrio Cabañas del 01 al 30 de Abril del año 2021 con un sueldo mensual de L.12,600.00 se le hace la retención del 12.5% L.1,575.00 Programa Operación Fuerza Honduras.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 55110 14-011-00	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,025.00

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-011-00	DONACIONES INTERNAS	11,025.00
Monto Total:		11,025.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		11,025.00
- RETENCIONES		0.00
		11,025.00



Firma y Sello de Presupuestario



Edwin Alexander Peña
Firma y Sello de Alcalde (sa)



Firma y Sello de Tesorería

Recibido por: Lauri Yesenia Aguilar Juarez
Identidad No.: 1622-2000-00199

0s+js/f9Jmep2dEARCJkrmw0bwoalHwcAby4cmHluKDs3SZ7cnCDgneXDMIZ5hkqUbU8Gq4LeBIU88SUSQXCBUqLzPEZ6ad9HID625W4TGHuV6N05anb0xmtx HCFmN+6gVj0VOCrZ6dYp4z4MwNT0qOxfQoIFoE/h1kMg6SGyw=



RECIBO POR: L.11,025.00

Recibí de la Municipalidad de San Luís, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el cheque N° 012379 BANCO DE OCCIDENTE por la cantidad de L. 11,025.00 (ONCE MIL VEINTE YU CINCO EXACTOS) Pago por la prestación de sus servicios como médico asistencial para la atención medica de pacientes con covid-19 Emergencia Sanitaria Programa Operación Fuerza Honduras a partir del 06/04/2021 al 06/05/2021 con un sueldo mensual de L.29,337.63 se le hace la retención del 12.5% L.3,667.20 quedando un valor a pagar de L.25,670.43.

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011291

San Luís Santa Bárbara 30 días del mes de ABRIL del dos mil veinte y uno

Lauri Yesenia Aguilar Juarez

LAURI YESENIA AGUILAR JUAREZ

Identidad N° 1622-2000-00199



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Lauren Yesenia Aguilar Juarez

Con Tarjeta de Identidad 1622-2000-00199

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Pago por sus servicios como auxiliar de
enfermería para la atención de pacientes
con covid-19 en el centro de Triaje Estable-
cimiento covid-19 ubicado en el B° Cabañas del
01 al 30 Abril 2021 sueldo mensual \$12.600.00

Prog. Operación Fuerza Honduras
se le hace la Retención del 12.5% \$1,575.00 \$11,025.00

SOLICITADO POR Lauren Yesenia Aguilar

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES Lauren Yesenia Aguilar Juarez

San Luis, Santa Bárbara 30 Abril del 2021.



Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL





CONSTANCIA

El suscrito Coordinador Municipal de Salud por medio de la presente hace constar que Lauri Yesenia Aguilar Juarez Con identidad número 1622-2000-00199, realizó labores de enfermería en CIS San Luis, en el periodo comprendido del 01 de Abril al 30 de Abril de 2021, firmo la presente en el municipio de San Luis, Santa Bárbara, a los 30 días del mes de Abril del año 2021.



Dr. Amelio Martínez

Coordinador Municipal de Salud





REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

LAURI YESENIA / AGUILAR JUAREZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL : 30 ABRIL 2000
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 25 ABRIL 2018



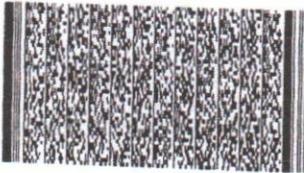
1622-2000-00199



16655041-01

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

DIRECTOR RNP



SOLICITADA EN 1622

LAURI YESENIA / AGUILAR JUAREZ

1622-2000-00199





Cuenta No. 11-208-000123-8

SAN LUIS
 Lugar y Fecha

7 de mayo de 2021

MARTA ALICIA CASTRO

Páguese a la orden de

L 7,548.42

SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras



Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

[Handwritten signatures]

001208079:00112080001238*00012397

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Servicios prestados en limpieza del edificio donde funciona el Centro de Trabajo Estabilización COVID-19 ubicado en el Barrio Cabañas por un periodo de tiempo de un mes y medio, mes de Febrero y del 01 al 15 de Marzo del año 2021 Programa Operación Fuerza Honduras.

CUENTA No.	DESCRIPCION	DEBE	HABER

00012397

CHEQUE No.

HECHO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME

CONFORME
 ORIGINAL
 MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS
 SECRETARIA
 Honduras, C.A.

Nosotros, Edwin Alexander Peña Mateo, Perito Mercantil y Contador Público, casado con domicilio en barrio Pinares, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de San Luis, Departamento de Santa Bárbara quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y Lauri Yesenia Aguilar Juárez con Identidad N° 1622-2000-00199, soltera, nacionalidad Hondureña, residente en B° Pinares de este municipio, enfermera auxiliar quien para los mismos efectos en adelante se denominará

EL CONTRATADA hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: **EL CONTRATANTE** declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios profesionales de enfermería **LA CONTRATADA** quien se compromete a laborar como: **ENFERMERA AUXILIAR** quien tendrá su sede en el Municipio de San Luis, Departamento de Santa Bárbara en el **CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN COVID 19.**

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: **LA CONTRATADA** se compromete a ejecutar las funciones siguientes:

Atender a pacientes preclínica, Practicar control de pacientes ambulatorios revisar expedientes, asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta, realizar cualquier otra tarea atinente al cargo asignada por el Jefe municipal salud de la Secretaria de Salud.

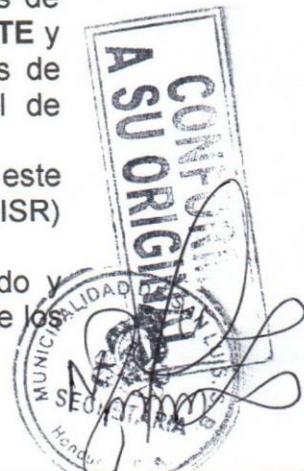
CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de un (1) mes contado a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **LA CONTRATADA**, sus servicios de enfermería; por este mismo acto queda 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 **LA CONTRATADA** por los servicios prestados la cantidad de **Doce Mil Seiscientos Lempiras Exactos (L. 12,600.00)** mensuales. El monto total de este **CONTRATO** es por la cantidad de **Doce Mil Seiscientos (L. 12,600.00)** será cubierto con fondos destinados para la emergencia sanitaria COVID 19 según convenio del Programa Fuerza Honduras.

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. **LA CONTRATADA** 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, **LA CONTRATADA** se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción judicial. **LA CONTRATADA** 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 **LA CONTRATADA** 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 **LA CONTRATADA** 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 la 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 la Ciudad de San Luis, Departamento de Santa Bárbara a los 30 días del mes de Marzo del año 2021.



[Signature]
Edwin Alexander Peña Mateo
El Contratante



[Signature]
VB. Jefe Municipal de Salud

Lauri Yesenia Aguilar Juárez
Lauri Yesenia Aguilar Juárez
El Contratada



RECIBO POR: L.7,548.42

Recibí de la Municipalidad de San Luis, Departamento de Santa Bárbara a través de la Tesorería Municipal el cheque N° 012396 BANCO DE OCCIDENTE por la cantidad de L. 7,548.42 (SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO CON 42/100) Servicios prestados en limpieza del Edificio donde funciona el Centro de Triage Estabilización COVID-19 ubicado en el Barrio Cabañas por un periodo de tiempo de un mes y medio, mes de Febrero y del 01 al 15 de Marzo del año 2021 Programa Operación Fuerza Honduras.

NUMERO DE ORDEN DE PAGO N° 011311

San Luis Santa Bárbara 07 días del mes de MAYO del dos mil veinte y uno

Marta Alicia Castro

MARTA ALICIA CASTRO

Identidad N° 1620-1988-00157





Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2021

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 07/05/2021
Hora : 05:32 p.m.
USUARIO: LILIAN.PERDOMO
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11311

L.: 7,548.42

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1497

Fecha de Emision: 7/5/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: MARTA ALICIA CASTRO

Id/RTN: 1620198800157

La Cantidad en Letras: SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS

Descripcion:

Servicios prestados en limpieza del Edificio donde funciona el Centro de Triage Estabilización COVID-19 ubicado en el Barrio Cabañas por un periodo de tiempo de un mes y medio, mes de Febrero y del 01 al 15 de Marzo del a?o 2021 Programa Operación Fuerza Honduras.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 55110 14-011-00	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	7,548.42

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-011-00	DONACIONES INTERNAS	7,548.42
Monto Total:		7,548.42

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		7,548.42
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		7,548.42



Firma y Sello de Presupuestario

[Handwritten Signature]



Edwin Alexander Peña
Firma y Sello de Alcalde (sa)



Firma y Sello de Tesoreria

[Handwritten Signature]

Recibido por:

Identidad No.:

Marta Alicia Castro
1620-1988-00157

0s+js/j9Jmep2dEARCJkwm0bwoaHwcAby4cmHluKDs3SZ7cnCDgneXDMIZ5hkcUbU8Gq4LeBIU88SUSQXCBUglzPEZ8ad59hMD62H-y4TCfDv6N06aHAlCmx HcfmN+6gvj0V0cRZ6dYp4z4MwNT0qOxfQoIFoE/h1kMg6SGyw=



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Marta Alicia Castro

Con Tarjeta de Identidad 1620-1988-00157

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Servicios prestados por limpieza del edificio
donde funciona el centro de Estabilización covid-19
(centro Triage) ubicado en el Bº Cabañas por un
periodo de tiempo de un mes y medio (Mes
febrero y 01 al 15 Marzo 2021.

Prog. Fuerza Honduras

₡ 7548.42

SOLICITADO POR Marta Alicia Castro

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES Marta Alicia Castro

San Luis, Santa Bárbara 07 de 05 del 2021.



Edwin Alexander Peña

AUTORIZADO POR
EDWIN ALEXANDER PEÑA
ALCALDE MUNICIPAL





Constancia

El Suscrito Coordinador Municipal de Salud por medio de la presente **HACE CONSTAR:** Que el MARTA ALICIA CASTRO con Identidad N- 1620-1988-00157, realizo labores de aseo en Triage San Luis en el periodo comprendido del 01 de Marzo al 15 de Marzo del 2021, firmo la presente en el Municipio de San Luis, Santa Bárbara, a los 05 días del mes de Abril del 2021.



D^r Arnulfo Martínez
Coordinador Municipal de Salud

CONSTANCIA DE VEEDORES SOCIALES

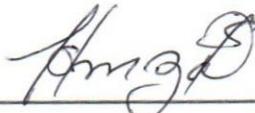
Nosotros como miembros de la Sociedad Civil y actuando como Veedores Sociales del Programa presidencial **OPERACIÓN FUERZA HONDURAS** en la Emergencia Sanitaria de la Pandemia COVID-19 en el Municipio de San Luis, Departamento de Santa Bárbara por este medio Hacemos Constar: que hemos realizado veedurías a las diferentes actividades desarrolladas en la Ejecución de este proyecto, teniéndose un Centro de Triage y Estabilización ubicado en Centro de Salud Alejandro Lázaro Mata barrio Cabañas como ser verificación de entrega de Equipo e insumos solicitados por el personal de salud, observancia del trabajo realizado por el personal de salud contratado por el programa, Cabe a bien destacar que este programa ha sido de gran beneficio para la población de nuestro municipio.

Para constancia firmamos y sellamos la presente en el Municipio de San Luis, Departamento de Santa Bárbara a los 15 días del mes de Mayo del 2021.

x  
Firma y Sello

Nombre: Douglas A. Sobillon

Ident. 1620-1984-00941

 
Firma y Sello

Nombre: Admarzeldivar Bugastore

Ident. 1601197000330

 
Firma y Sello

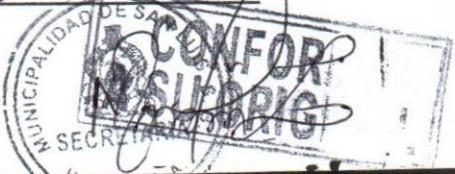
Nombre: Marlon Geovany Paz

Ident. 1620-1979-00740

 
Firma y Sello

Nombre: Filiberto Castellanos

Ident. 1620-1955-00300



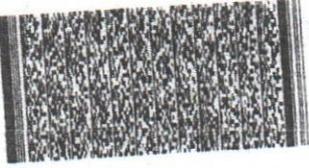

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

MARTA ALICIA / CASTRO


 HONDUREÑA POR NACIMIENTO
 NACIO EL: 19 ENERO 1968
 SEXO: FEMENINO
 EMITIDA EL: 01 NOVIEMBRE 2008

1620-1988-00157  00413893-03

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 dara lugar a la sanción penal correspondiente.

SOLICITADA EN 1620

MARTA ALICIA / CASTRO
1620-1988-00157

CONFORME A SU ORIGINAL





GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

Constancia

El Suscrito Coordinador Municipal de Salud por medio de la presente **HACE CONSTAR:** Que el MARTA ALICIA CASTRO con Identidad N- 1620-1988-00157, realizo labores de aseo en Triaje San Luis en el periodo comprendido del 01 de Marzo al 15 de Marzo del 2021, firmo la presente en el Municipio de San Luis, Santa Bárbara, a los 05 días del mes de Abril del 2021.



Dr. Arnulfo Martínez

Coordinador Municipal de Salud



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA
HONDURAS, C.A.
TELEFONO: 2657-20-45 TELEFAX 2657-2044



INFORME DE EJECUCIÓN DE FONDOS OPERACIÓN "FUERZA HONDURAS "

PROPUESTA PRESENTADA POR:
"Municipalidad de San Luis, Departamento de Santa
Bárbara"

CONTACTO: (Edwin Alexander Peña Mateo, Alcalde Municipal
cel.: 9840 69 67, correo: municipalidad_sanluis@yahoo.es)



FECHA: 15 de Mayo del año 2021





MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA
HONDURAS, C.A.
TELEFONO: 2657-20-45 TELEFAX 2657-2044



INFORME DE EJECUCIÓN DE FONDOS PROGRAMA OPERACIÓN "FUERZA HONDURAS "

I. **Objetivos del Programa.**

Apoyar los servicios de salud en el municipio con los recursos del fondo descentralizado Operación "FUERZA HONDURAS", a efecto de realizar acciones de prevención y brindar atención a la población afectada por la crisis ocasionada por la pandemia COVID-19.

II. **Centro(s) de Triajes:**

Con el primer desembolsó de transferencia de Emergencia Covid-19 se acondiciono un local en el Centro de Salud Alejandro Lazaro Mata que está funcionando como Centro de Triage y Estabilización el cual en ningún momento ha dejado de funcionar.

III. **Brigadas Médicas:**

En esta segunda etapa de Operación Fuerza Honduras no se realizaron brigadas médicas ya que la afluencia de personas al Centro de Triage es significativamente mayor que cuando inicio a funcionar el Centro de Triage las personas acuden frecuente y los médicos dan el monitoreo y seguimiento de casos diagnosticados para su pronta recuperación.

IV. **Descripción del proceso de firma de convenios de estímulo con personal médico y cantidad requerida.**

El convenio fue firmado a inicio del programa Operación Fuerza Honduras con el Director Regional Departamental de salud de Santa Bárbara Dr. Benjamín Adalberto López Toro, el cual se ha cumplido con todo lo solicitado por la secretaria de salud.

V. **Descripción del proceso de adquisición de equipos e insumos necesarios para la atención del Covid-19.**

Dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto Ejecutivo Numero PCM 61 – 2020 Publicado en el diario Oficial de la Republica La Gaceta el día domingo 12 de Julio del año 2020 por la Emergencia Mundial de la Pandemia COVID-19 específicamente en el artículo 3.

La adquisición de Equipos e Insumos y la contratación del personal se realizó de acuerdo a la solicitud de requerimiento para el funcionamiento del Centro de Triage y Estabilización a petición realizada por el personal de la Secretaria de Salud de nuestro municipio, El proceso de compra se hizo en base a lo establecido en el





MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA
HONDURAS, C.A.
TELEFONO: 2657-20-45 TELEFAX 2657-2044



CAPITULO I DISPOSICIONES GENERALES, ÁMBITO Y RÉGIMEN JURÍDICO
ARTICULO 09 Y en base SECCIÓN SEXTA CONTRATACIÓN DIRECTA
ARTÍCULO 63 de la ley de Contratación del estado.

Que literalmente dice: **ARTÍCULO 09.**-Situaciones de emergencia. La declaración del estado de emergencia se hará mediante Decreto del Presidente de la República en Consejo de Ministros o por el voto de las dos terceras partes de la respectiva Corporación Municipal. Los contratos que se suscriben en situaciones de emergencia, requerirán de aprobación posterior, por acuerdo del Presidente de la República, emitido por medio de la Secretaría de Estado que corresponda, o de la Junta o Consejo Directivo de la respectiva Institución Descentralizada o de la Corporación Municipal, si es el caso. En cualquiera de los casos deberá comunicarse lo resuelto a los órganos contralores, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, siempre que se prevea la celebración de contratos. Cuando ocurran situaciones de emergencia ocasionados por desastres naturales, epidemias, calamidad pública, necesidades de la defensa o relacionadas con estados de excepción, u otras circunstancias excepcionales que afectaren sustancialmente la continuidad o la prestación oportuna y eficiente de los servicios públicos, podrá contratarse la construcción de obras públicas, el suministro de bienes o de servicios o la prestación de servicios de consultoría que fueren estrictamente necesarios, sin sujetarse a los requisitos de licitación y demás disposiciones reglamentarias, sin perjuicio de las funciones de fiscalización.

CONTRATACIÓN DIRECTA ARTÍCULO 63.-Supuestos. La contratación directa podrá realizarse en los casos siguientes: 1) Cuando tenga por objeto proveer a las necesidades ocasionadas por una situación de emergencia al amparo de lo establecido en el Artículo 9 de la presente Ley; 2) Cuando se trate de la adquisición de repuestos u otros bienes y servicios especializados cuya fabricación o venta sea exclusiva de quienes tengan patente o marca de fábrica registrada, siempre que no hubieren sustitutos convenientes; 3) Cuando se trate de obras, suministros o servicios de consultoría, cuyo valor no exceda de los montos establecidos en las Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República, de conformidad con el Artículo 38 de la presente Ley, en cuyo caso podrán solicitarse cotizaciones a posibles oferentes sin las formalidades de la licitación privada; 4) Cuando las circunstancias exijan que las operaciones del Gobierno se mantengan secretas; 5) Cuando se trate de la acuñación de moneda y la impresión de papel moneda; 6) Cuando se trate de trabajos científicos, técnicos o artísticos especializados; y, 7) Cuando se hubiere programado un estudio o diseño por etapas, en cuyo caso se podrán contratar las que faltaren con el mismo consultor que hubiere realizado las anteriores en forma satisfactoria. Para llevar a cabo la Contratación Directa en los casos que





MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA
HONDURAS, C.A.
TELEFONO: 2657-20-45 TELEFAX 2657-2044



antecedente, requerirá autorización del Presidente de la República cuando se trate de contratos de la Administración Pública Centralizada, o del órgano de dirección superior, cuando se trate de Contratos de la Administración Descentralizada o de los demás organismos públicos a que se refiere el Artículo 1 de la presente Ley, debiendo emitirse Acuerdo expresando detalladamente sus motivos.

De igual forma se realizó proceso de cotización siempre conservando que se cumpliera la calidad del equipo e insumos necesarios para hacer frente a la Emergencia del COVID 19.

VI. Descripción de Actividades realizadas en atención y prevención del COVID-19

Las actividades realizadas están en base al convenio y plan de acción establecido por la Municipalidad y la Secretaria de Salud se realizó la compra de equipo e insumos de acuerdo a la solicitud presentada por la secretaria de salud, se contrató el personal médico de acuerdo a los lineamientos de la secretaria de salud, y en cuanto actividades de atención medica se han realizado 1128 atenciones en el Centro de triaje de los cuales se han diagnosticado 732 sospechoso por covid-19 Se ha gestionó con el equipo de respuesta rápida de la región N° 16 la realización de pruebas PCR y en el centro de triaje se han realizado 541 pruebas rápida y pruebas de hisopado de antígeno sientu un total de muestras tomadas de 697 de las cuales 317 has sido casos positivos se estabilizaron 13 pacientes y se trasladaron 10 pacientes a los hospitales de San Pedro Sula, estos datos son desde el mes de Enero al 30 de Abril del año 2021. También el personal de salud de Operación fuerza Honduras ha indicado 300 tratamiento maíz el cual se dio el respectivo seguimiento y el control a los casos, se han realizado campañas de concientización a la población sobre el cumplimiento de las medidas de Bioseguridad.

VII. Dificultades encontradas en el proceso.

Una dificultad encontrada es el atraso del salario al personal contratado para la atención del covid-19 y otra es el retiro del personal permanente por contar con enfermedad de base el cual se multiplica el trabajo al personal contratado.

VIII. Veeduría Social:

La Municipalidad de San Luis y la secretaria de salud invito a la sociedad civil a participar y estar pendiente de cada una de las actividades desarrolladas en el marco del programa Operación Fuerza Honduras.





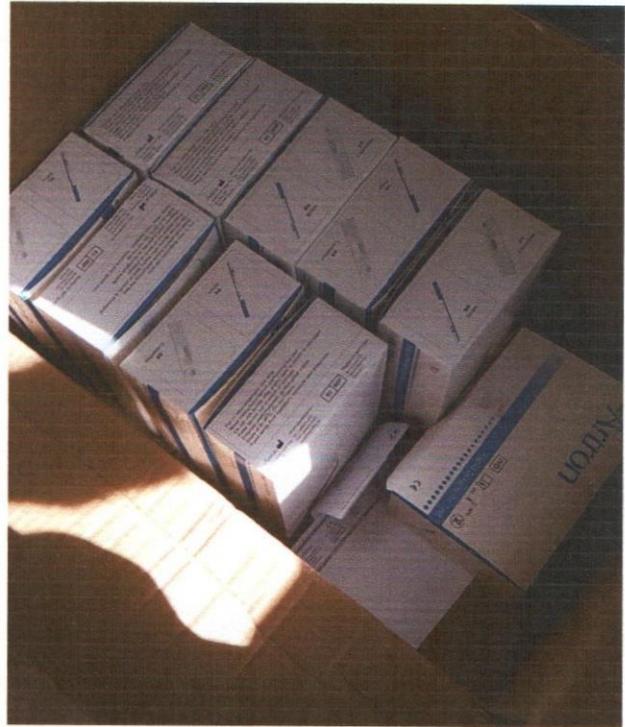
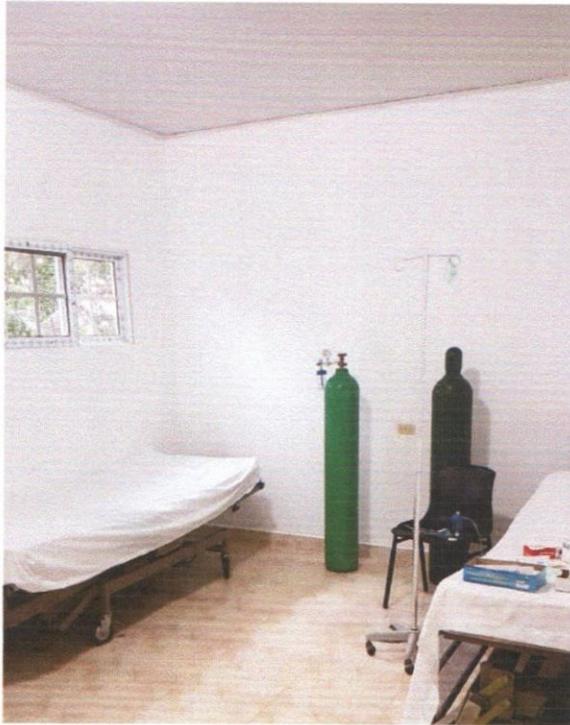
MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA
HONDURAS, C.A.
TELEFONO: 2657-20-45 TELEFAX 2657-2044

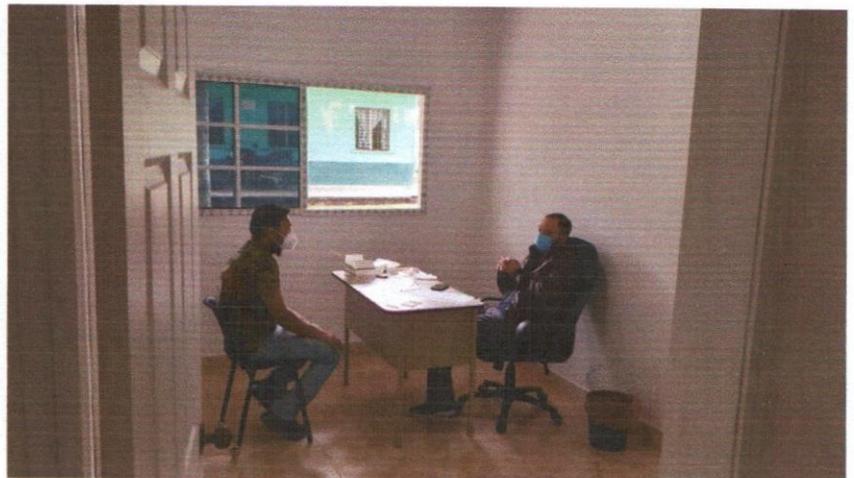


IX. Anexos:

Adquisición de equipo Médico e Insumos



Atenciones Médicas



ACTA DE ENTREGA

En marco de la Operación Fuerza Honduras en razón del Estado de Emergencia Sanitaria declarada COVID-19 por medio de esta Acta doy Fe que se recibió de la Municipalidad de San Luis, Santa Barbara,

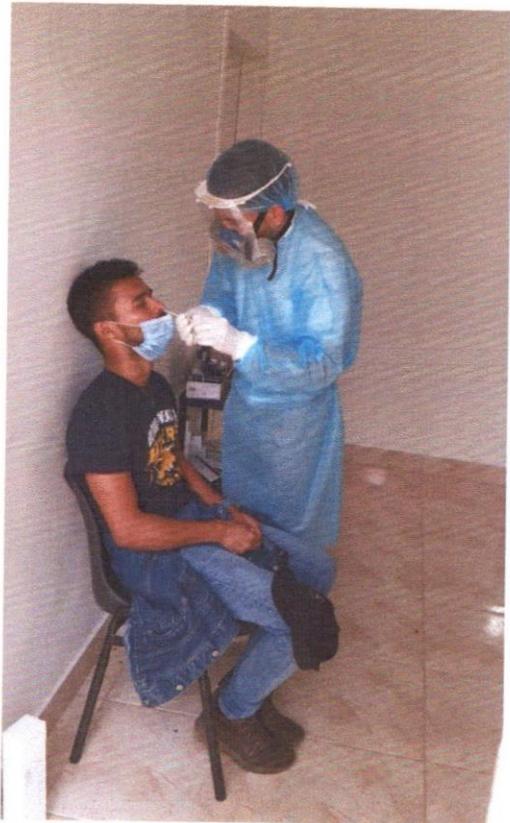
Los productos que acontinuacion se detallan:

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MONTO



MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA
HONDURAS, C.A.
TELEFONO: 2657-20-45 TELEFAX 2657-2044



[Signature]
Edwin Alexander Peña Mateo
Alcalde Municipal



[Signature]
Arnulfo Enrique Martínez Zavala
Coordinador Municipal de Salud

San Luis, Santa Bárbara, 15 de Mayo del año 2021



ACTA DE ENTREGA

En marco de la Operación Fuerza Honduras en razón del Estado de Emergencia Sanitaria declarada COVID-19 por medio de esta Acta doy Fe que se recibió de la Municipalidad de San Luis, Santa Barbara,

Los productos que acontinuacion se detallan:

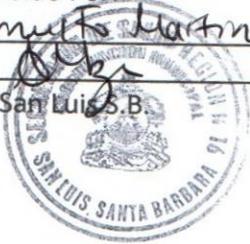
N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MONTO
1	Prueba Rápida COVID-19 Antron Lab.	350 Unidad	45500.00
TOTAL			L. 45,500.00

Dado en la Ciudad de San Luis, Departamento de Santa Barbara a los 23 dias del mes de Abril del año 2021.

Recibido Por:

Amelys Martinez

CIS San Luis S.B.



Entregado Por :

JOURDES MARTIÑA

Municipalidad de San Luis



[Signature]



1620-1984-00 441

CODEM



**EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN TRANSFERENCIA DEL GOBIERNO CENTRAL
PROGRAMA OPERACIÓN FUERZA HONDURAS,
EMERGENCIA SANITARIA COVID-19**

Inversión

RUBRO	COSTO SEGÚN PLAN DE ACCIÓN	EJECUCIÓN OPERACIÓN FUERZA HONDURAS
Equipamiento y Mobiliario	162,200.00	42,000.00
SUBTOTAL	L. 162,200.00	L. 42,000.00

Operación

RUBRO	COSTO SEGÚN PLAN DE ACCIÓN	EJECUCIÓN OPERACIÓN FUERZA HONDURAS
Recursos Humanos	L. 386,328.36	177,596.00
Otros Insumos	111,974.94	45500.00
SUBTOTAL	L. 790,554.30	L. 223,096.00

Gran Total Invertido Programa Operación Fuerza Honduras

L. 265,096.00



EDWIN ALEXANDER PEÑA MATEO
Alcalde Municipal



**CONFORME
A SU ORIGINAL**

ACTA DE ENTREGA

En marco de la Operación Fuerza Honduras en razón del Estado de Emergencia Sanitaria declarada COVID-19 por medio de esta Acta doy Fe que se recibió de la Municipalidad de San Luis, Santa Barbara,

Los productos que acontinuacion se detallan:

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	MONTO
1	Tanque de oxígeno pequeño con manómetro	3 Unidad	42000.00
	Manometro + flujometro + humidificador		
TOTAL			L. 42,000.00

Dado en la Ciudad de San Luis, Departamento de Santa Barbara a los 28 dias del mes de Abril del año 2021.

Recibido Por:

Amy F. Martinez

CIS San Luis S.B.



Municipalidad de San Luis

[Signature]
1620-1984-00441

CODEM

