

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

Nosotros, **Edilberto Espinal Eguigurens**, Hondureño, casado, agricultor vecino del **Municipio de Guinope**, con identidad # 0705-1975-00135 y actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la **Municipalidad de Guinope El Paraíso**, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **Said Alexander Cerrato Bustillo**, Hondureño, con Profesión Doctor en medicina y cirugía, vecino del municipio, con identidad # 0801-1991-06365 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 Guinope Departamento de El Paraíso, en el **CENTRO DE TRIAJE** antiguo Centro De Salud ubicado en el B° La Cruz Sector II de **GUINOPE**.

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

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



7. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de (1) mes 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 Lps.29,337.63 (veintinueve mil trecientos treinta y siete con 63/100) mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras.

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

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

CLÁUSULA OCTAVA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO. Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del

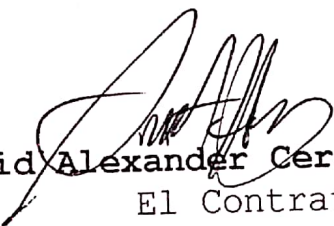
presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo 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 NOVENA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

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

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en el Municipio de Guinope, Departamento a los catorce días del mes de Marzo del año 2021.


Edilberto Espinal Eguigurens
El Contratante
Alcalde Municipal


Said Alexander Cerrato Bustillo
El Contratado
Doctor en Medicina y Cirugía



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

SAID ALEXANDER / CERRATO BUSTILLO



HONDUREÑO POR INACIMIENTO
 NACIÓ EL : 22 MARZO 1991
 SEXO : MASCULINO
 EMITIDA EL : 14 NOVIEMBRE 2013

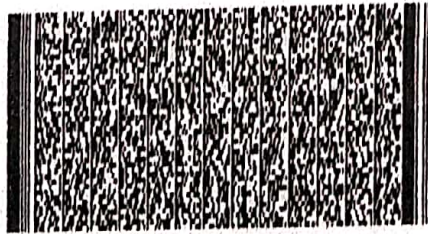
0801-1991-06365



12564059-02

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.

[Signature]
 DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0801

SAID ALEXANDER / CERRATO BUSTILLO

0801-1991-06365

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, **Edilberto Espinal Eguigurens**, Hondureño, casado, agricultor vecino del **Municipio de Guinope**, con identidad # 0705-1975-00135 y actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la **Municipalidad de Guinope El Paraíso**, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **María Jose Madrid Hernández**, Hondureña, con Profesión Doctora en microbiología con orientación en análisis clínico vecina del Distrito Central Francisco Morazán, con identidad # 0607-1994-00087 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: microbióloga quien tendrá su sede en el Municipio de Guinope Departamento de El Paraíso, en el **CENTRO DE TRIAJE antiguo Centro De Salud ubicado en el B° La Cruz Sector II de GUINOPE.**

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

1. Atender a pacientes.
2. tomas de muestras y realización de pruebas, extender resultados de las pruebas rápidas detección de anticuerpos.
3. Revisar expedientes, (resultados de laboratorio)
4. Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.
5. Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.
6. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.



CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de (1) mes 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 **Lps.22,000.00 (veintidós mil con 00/100)** mensual. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización o mediante fondos municipales como aporte municipal, mediante el Programa Fuerza Honduras.

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

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

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

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

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en el Municipio de Guinope, Departamento a los catorce días del mes de Marzo del año 2021.



Edilberto Espinal Eguigurens
El Contratante
Alcalde Municipal


María José Madrid Hernández
El Contratado
Doctora en microbiología con
Orientación en análisis clínico



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD



MARIA JOSE / MADRID HERNANDEZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIDA EL 05 ENERO 1994
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 07 DICIEMBRE 2016



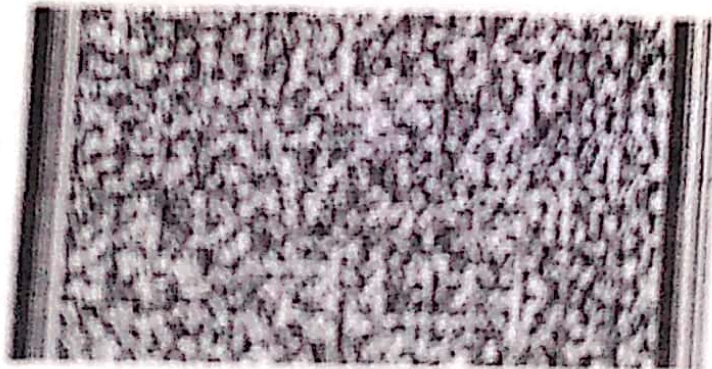
0607-1994-00087



13814025-03

ARTICULO 59 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.

MARIA JOSE / MADRID HERNANDEZ
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0601

MARIA JOSE / MADRID HERNANDEZ

0607-1994-00087

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

Nosotros, **Edilberto Espinal Eguigurens**, Hondureño, casado, agricultor vecino del **Municipio de Guinope**, con identidad # 0705-1975-00135 y actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la **Municipalidad de Guinope El Paraíso**, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **Emilia Yamibel Oseguera González**, Hondureña, casada, con Profesión Doctora en medicina y cirugía, vecina del este municipio, con identidad # 0801-1990-09354, 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 Guinope Departamento de El Paraíso, en el **CENTRO DE TRIAJE** antiguo Centro De Salud ubicado en el B° La Cruz Sector II de **GUINOPE**.

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

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



CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de (1) mes 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 **Lps.29,337.63 (veintinueve mil trecientos treinta y siete con 63/100)** mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras.

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

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

CLÁUSULA OCTAVA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO. Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse

Municipalidad de Guinope Departamento El Paraíso


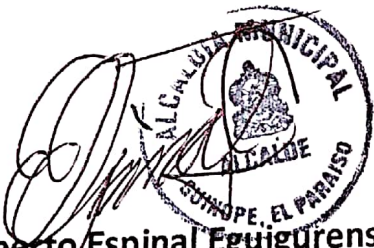
Teléfono: 2787-68-50

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**.

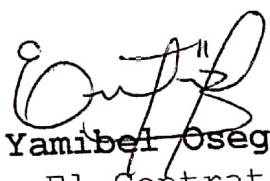
CLÁUSULA NOVENA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

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

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en el Municipio de Guinope, Departamento a los catorce días del mes de Marzo del año 2021.



Edilberto Espinal Eguigürens
El Contratante
Alcalde Municipal



Emilia Yamibel Oseguera González
El Contratado
Doctora en Medicina y Cirugía



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

EMILIA YAMIBEL / OSEGUERA GONZALEZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 30 ABRIL 1990
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 17 OCTUBRE 2013



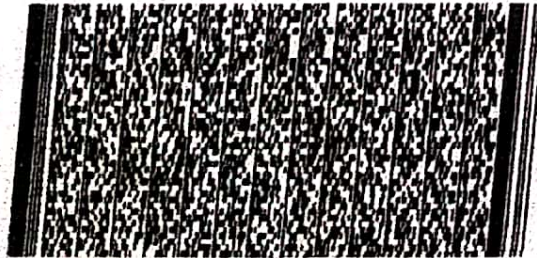
0801-1990-09354



11907485-03

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

[Handwritten signature]
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0801

EMILIA YAMIBEL / OSEGUERA GONZALEZ

0801-1990-09354

CONSTANCIA

YO DOCTORA EMILIA YAMIBEL OSEGUERA CON NUMERO DE COLEGIACIÓN 13134 HAGO CONSTAR QUE CINDY MARTHEL ESCOTO ESPINAL CON IDENTIDAD 0705-1988-00004 LABORA EN EL CENTRO DE RESPUESTA RÁPIDAS COMO ASEADORA DE GÜINOPE EL PARAÍSO DESDE EL DIA 17 DE MARZO AL 15 DE ABRIL DEL AÑO 2021. (30 DIAS A LPS 200.00C/DIA. LPS. 6,000.00

Y PARA LOS FINES QUE AL INTERESADO ESTIME CONVENIENTE SE LE FIRMA LA PRESENTE ALOS 15 DIAS DEL MES DE ABRIL DEL AÑO 2021.



DOCTORA: EMILIA YAMIBEL OSEGUERA

FIRMA Y SELLO

ALDIA MUNICIPAL DE GUINOPE
Municipalidad De Guinope Depto El P
0009003300010 CTA.501:900330001
MUNICIPALIDAD DE GUINOPE

CHEQUE No. 08597093

GUINOPE, EL PARAISO, 15/ABRIL/2021
Lugar y Fecha

SAID ALEXANDER CERRATO BUSTILLO. L 29,337.63
Pese a la orden de

VEINTI NUEVE MIL TRECIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON 63/100
Cantidad en letras Lempiras

BAC
CREDOMATIC
Banco de América Central Honduras, S.A.

[Signature]
Firma(s)

[Signature]

⑆0110024⑆00000900330001⑆08597093

RR Donnelly de Honduras, S.A. de C.V.

MUNICIPAL DE GUINOPE
Municipalidad De Guinope Depto El P
09003300010 CTA. 501: 900330001
ALCALDIA MUNICIPAL DE GUINOPE

CHEQUE No. 08597094

GUINOPE; EL PARAISO. 15/ABRIL/2021
Lugar y Fecha

Emilia YAMIBEL OSEGUERA GONZALEZ.

L 29,337.⁶³/₁₀₀

Páguese a la orden de

VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS CON ⁶³/₁₀₀ Lempiras
Cantidad en letras



[Signature]
Firma(s)

[Signature]

⑆0⑆⑆0024⑆⑆0000090033000⑆⑆08597094

MUNICIPALIDAD MUNICIPAL DE GUINOPE
Municipalidad De Guinope Depto El P
02400009003300010 CTA. 501: 900330001
ALCALDIA MUNICIPAL DE GUINOPE

CHEQUE No. 08597095

GUINOPE; EL PARAISO. 15/ABRIL/2021
Lugar y Fecha

Maria Jose Madrid Hernandez

L 22,000.⁰⁰/₁₀₀

Páguese a la orden de

Veintidos mil con ⁰⁰/₁₀₀ Lempiras
Cantidad en letras



[Signature]
Firma(s)

[Signature]

⑆0⑆⑆0024⑆⑆0000090033000⑆⑆08597095

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

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



Municipalidad de Guinope Departamento El Paraíso



Teléfono: 787-68-50

PLANILLA DE PAGO
PERSONAL MEDICO, ENFERMERAS AUXILIARES Y PERSONAL DE ASEO
TRIAJE GUINOPE EL PARAISO
EN MARCO AL PROGRAMA FUERZA HONDURAS (1) SEGUNDO DESEMBOLSO

N°	NOMBRE	N° DE IDENTIDAD	PUESTO FUNCIONAL	PERIODO DE CONTRATACION	MONTO A PAGAR L.	FIRMA
1	EMILIA YAMIBÉL OSEGUERA GONZALEZ	0801-1990-09354	SERVICIOS MEDICOS	14/03/2021 AL 14/04/2021.	L 29,337.63	<i>Emilia Oseguera</i>
2	SAID ALEXANDER CERRATO BUSTILLO	0801-1991-06365	SERVICIOS MEDICOS	14/03/2021 AL 14/04/2021.	L 29,337.63	<i>Said Alexander</i>
3	MARIA JOSE MADRID HERNÁNDEZ	0607-1994-00087	MICROBIOLOGA	14/03/2021 AL 14/04/2021.	L 22,000.00	<i>Maria Jose Madrid</i>
4	CINDY MARTHEL ESCOTO	0705-1988-00004	PERSONAL DE ASEO	14/03/2021 AL 14/04/2021.	L 6,000.00	<i>Cindy Espinol</i>
	TOTAL				L 86,675.26	

[Handwritten Signature]
EDILBERTO ESPINAL EGUIGURENS
ALCALDE MUNICIPAL DE GUINOPE
FIRMA Y SELLO



[Handwritten Signature]
CARLOS JAVIER ROJAS
TESORERO MUNICIPAL
FIRMA Y SELLO

