



ALCALDIA MUNICIPAL, PROTECCION SANTA BARBARA

Email: municipalidad1617@yahoo.es

TEL.: 2625 - 2903, HONDURAS C.A.

RTN: 1617 9995 439040



INFORME EJECUTIVO LIQUIDACION DE FONDOS

MARCO DE OPERACIÓN FUERZA HONDURAS

COVID-19



Honduras
Somos para ti

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL

MARCO DE OPERACIÓN FUERZA HONDURAS





ALCALDIA MUNICIPAL, PROTECCION SANTA BARBARA

Email: municipalidad1617@yahoo.es

TEL.: 2625 - 2903, HONDURAS C.A.

RTN: 1617 9995 439040



SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN,
JUSTICIA Y DESCENTRALIZACIÓN

LINEAMIENTOS PARA LA PRESENTACION DE LIQUIDACION DE EJECUCION DE FONDOS

EN EL MARCO DE LA OPERACIÓN FUERZA HONDURAS, PCM 117-2020

1. Plan de Compras y Contrataciones. Ref. Artículo No. 4 PCM 117-2020.
2. Recibo contra la Tesorería General de la República, por la cantidad transferida, firmado y sellado por el Alcalde Municipal.
3. Planillas de pago de contratación de recurso humano, se deberá detallar puesto funcional, periodo de la contratación mensual y monto con su respectivo nombre, firma y sello del responsable.
4. Actas de Veeduría Social en base a los principios de Transparencia y Rendición de Cuentas, con su respectivo nombre, firma y sello de los veedores Sociales Ref.: Artículo 5, Decreto PCM 117-2020.
5. Constancia emitida por el Instituto de Acceso a la Información Pública (IAIP), de haber cumplido con la publicación de la información sobre los procesos realizados y liquidaciones en el marco de la emergencia COVID 19 OPERACIÓN FUERZA HONDURAS.
6. Informe Ejecutivo máximo cinco páginas firmado y sellado por las Autoridades Municipales.

Nota (1): Las municipalidades deben presentar la liquidación de la operación Fuerza Honduras, PCM 117-2020 cumpliendo con los presentes lineamientos en su versión impresa a más tardar el 31 de agosto de 2021, caso contrario esta Secretaría de Estado procederá a poner en conocimiento al Tribunal Superior de Cuentas (TSC) este incumplimiento, debiendo en su caso el TSC, tomar las medidas y acciones que conforme a derecho correspondan.

Nota (2): El Informe de Liquidación debe presentarse debidamente foliado y autenticado, FIRMADO POR EL SECRETARIO MUNICIPAL, donde certifique que las copias de los documentos adjuntos a la liquidación son fieles a sus originales.

Nota (3): En caso de haber realizado gastos adicionales al pago de planilla, presentar la liquidación conforme a los lineamientos establecidos para el PCM-61-2020.

Nota (4): La SGJD está facultada a solicitar en cualquier momento, información adicional que se considere necesario en el proceso de liquidación de estos fondos.



MARCO DE OPERACIÓN FUERZA HONDURAS





INTRODUCCION

La Municipalidad de Protección, Departamento de Santa Bárbara, después de recibir el segundo desembolso de la transferencia enviada por el Gobierno Central a través de la Tesorería General de la República, se dio seguimiento a la ejecución de las atenciones y de esta forma continuar con el proyecto enmarcado en la "Operación Fuerza Honduras". El cual fue creado con el propósito de contrarrestar la actual pandemia y dar una respuesta rápida a la población de toda Honduras y nuestro Municipio no fue la excepción en cuanto a los servicios de salud, por lo que se detalla las actividades que fueron parte fundamental para el éxito de la "Operación Fuerza Honduras", en nuestro Municipio y así tener respuesta rápida para poder atender nuestra población en centro de estabilización, ya que existe un alto grado de contagio debido a que la población a nivel nacional ha bajado la guardia en cuanto a las medidas de bioseguridad, por tal razón se presentan a diario al centro de estabilización para ser evaluados y muchas veces estabilizados, por la situación grave que se presentan a causa de esta enfermedad como es el COVID-19, asimismo se detallan las actividades realizadas con estos fondos:

1. Pago de planillas a personal médico y auxiliar asignados al centro de estabilización;
2. Pago de planillas a personal de limpieza del centro de estabilización.



MARCO DE OPERACIÓN FUERZA HONDURAS





ALCALDIA MUNICIPAL, PROTECCION SANTA BARBARA

Email: municipalidad1617@yahoo.es

TEL.: 2625-2903, HONDURAS C.A.

RTN: 1617-9995-439040



OPERACIÓN FUERZA HONDURAS PLAN DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

Nº	COMPRA	DESCRIPCION DE LA COMPRA / CONTRATACIÓN	MES DE COMPRA / CONTRATACIÓN	TIPO DE COMPRA / CONTRATACIÓN	MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	VALOR DE LA COMPRA / CONTRATACIÓN
1	CONTRATACION RECURSO HUMANO	CONTRATACION DE PERSONAL ENFERMERA, MEDICO Y ASEO	21 ABRIL 2021 AL 31 AGOSTO 2021	CONTRATO	EVALUACION CURRICULAR EXPERIENCIA	L. 134,505.00
2	----- UL -----	----- UL -----	-----	-----	-----	L. -
TOTAL						L. 134,505.00





ACTA DE RECEPCION DE CONTRATACION DE MEDICO, ENFERMERA Y ASEADORAS PARA CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19 CON FONDOS DEL PROGRAMA FUERZA HONDURAS

Reunidos el día lunes 19 de abril del 2021, siendo las 3:00 pm hora oficial de Honduras en el Salón de la Municipalidad de Protección, Santa Bárbara, los miembros de la Comisión Evaluadora de Contratación, la que está integrada de la manera siguiente: La Sra. Teresa Sarmiento Caballero actuando en su condición de Alcaldesa Municipal, Marco Antonio Aguilar representante del CODEM, Edwin Roberto Chevez Presidente Comisión de Transparencia, Silvia Elizabet Guillen Auditor Interno Municipal, Boanerges Erasmo Enríquez Arita Jefe de Recursos Humanos, Maira Dinora Rivas, Comisionado Municipal y Lic. Enemila Lazo Argueta Coordinadora Municipal de Salud, Erlinda Ramos se procedió a dar inicio de la evaluación de los curriculum recibidos.

Primero: Jefe de Recurso Humano, Boanerges Erasmo Enríquez Arita da las palabras de bienvenida a los Miembros del Comité de Selección de Talento Humano y da inicio a la presentación de los curriculum recibidos.

Segundo: Se procedió a dar lectura de los nombres de los médicos y auxiliares de enfermería que presentaron los curriculum. Los cuales se detallan a continuación 2 Curriculum de médicos Generales: Dra. Ibania Albares, Dr. Carmen Chávez Madrid. 2 curriculum de auxiliares de enfermería de los cuales están avalados por la Secretaria de Salud, Jera Rebeca Domínguez y Deysi Argentina Orellana Mejía.

Tercero: Análisis para la contratación del personal médicos.

Nombre	Profesión	Nº de colegiación	Experiencia	Capacitaciones
Carmen Madrid	Médico General	20121916743	1 año	SI
Ibania Albares	Médico General	21061713429	6 meses	SI

Cuarta: Por sugerencia del coordinador Municipal de Salud se contrataran a los profesionales siguientes:

1. Carmen Madrid

Quinto: la evaluación del personal auxiliar de Enfermería.

Nombre	Profesión	Avaluado por la S.S.	Experiencia	Capacitaciones
Deysi Orellana	Auxiliar de enfermería	SI	1 año	SI
Jera Domínguez	Auxiliar de enfermería	SI	8 meses	SI





ALCALDIA MUNICIPAL, PROTECCION SANTA BARBARA

Email: municipalidad1617@yahoo.es

TEL.: 2625 - 2903, HONDURAS C.A.

RTN: 1617 9995 439040



Sexto: la evaluación del personal de aseo.

Nombre	Nº Identidad	Experiencia	Capacitaciones
Sandra Elizabeth Enamorado	1617-1984-00134	2 años	SI
Irma Milla	1317-1964-00143	1 año	SI

Séptimo: Una vez analizado el comité de selección de talento humano de operación Fuerza Honduras recomienda la contratación del personal siguiente:

Profesionales Médicos.

1. Carmen Madrid

Auxiliar de Enfermería.

1. Deysi Orellana

Personal de Aseo.

1. Sandra Elizabeth Enamorado

Octavo: se recomienda al Jefe de Recursos Humanos proceder a la elaboración de los contratos de cada profesional.

Dado en el municipio de Protección, Santa Bárbara a los 19 días del mes de abril del 2021.



Teresa Sarmiento Caballero
Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal



Edwin Roberto Chevez
Edwin Roberto Chevez
Presidente de la CCT



Maira Dinora Rivas
Maira Dinora Rivas
Comisionada Municipal

Marco Antonio Aguilar

Marco Antonio Aguilar
Representante del CODEM



Boanerges Erasmo Enríquez Ariza
Boanerges Erasmo Enríquez Ariza
Jefe de RRHH



Enemila Lazo
Lic. Enemila Lazo Argueta
Coordinadora de RED de salud



Silvia Elizabet Guillen
Silvia Elizabet Guillen
Auditor Interno Municipal



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **TERESA SARMIENTO CABALLERO**, mayor de edad, casada, hondureña, con Tarjeta de Identidad No. 1617-1965-00214, DOMICILIO, Protección, Santa Bárbara actuando en mi condición Alcaldesa Municipal de Protección Santa Bárbara; denominado de aquí en adelante “**ALCALDIA MUNICIPAL PROTECCION SB**” y **CARMEN MADRID CHAVEZ**, mayor de edad, soltero, hondureña, (**PROFESION MEDICO EN MEDICINA Y CIRUGIA**), con Tarjeta de Identidad No. 1602-1991-00034, (DOMICILIO Protección Santa Bárbara), (LUGAR DE RESIDENCIA, Barrio Nuevo, Protección SB), actuando en mi condición personal, de aquí en adelante denominado “**EL CONTRATISTA**”, ambos con facultades suficientes para la celebración de este acto, hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos el presente Contrato para la Prestación de los Servicios profesionales como (**MEDICO ASISTENCIAL DEL CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19**) y que se registrá por las cláusulas siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: OBJETIVO DEL CONTRATO. Se requiere los servicios del CONTRATISTA, para que se desempeñe en el cargo de **MEDICO ASISTENCIAL**, en el **CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19, Ubicado en El Barrio El Centro.**

CLAUSULA SEGUNDA: ACTIVIDADES. “**EL CONTRATISTA**” realizará principalmente las siguientes actividades:

I. IDENTIFICACION DEL CARGO

1. Nombre del cargo: Medico Asistencial
2. Código del cargo:
3. Ubicación del cargo: CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19.
4. Cargo del superior inmediato: Medico coordinador de la unidad de salud
5. Otros cargos a quien reporta: Directora de la Red
6. Cargos a quienes supervisa: Ninguno
7. Número de personas a quienes supervisa: Ninguno

II. FUNCIONES

1. Elaborar y presentar informes de la gestión a la Dirección de la Red.
2. Asistir a reuniones de trabajo atendiendo invitación directa o convocatoria del superior inmediato.
3. Realizar el diagnóstico clínico de los pacientes atendidos, teniendo el cuidado de actualizar su expediente
4. Prescribir recetas de medicamentos y servicios de laboratorio requeridos por los pacientes, teniendo el cuidado de firmarlas y sellarlas.
5. Darle las indicaciones a los pacientes sobre la manera en que deben utilizar los medicamentos recetado.
6. Atender las emergencias y elaborar las notas de remisión de los pacientes que por el diagnóstico clínico deben ser atendidos en otros centros hospitalarios.



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



7. Velar porque los pacientes atendidos reciban la atención bajo las normas mínimas de higiene, salubridad y seguimiento.
8. Anotar en el expediente clínico del paciente las órdenes médicas que deben ser realizadas por el personal de enfermería.
9. Supervisar y asesorar al personal de enfermería en la atención y manejo de los pacientes COVID-19.
10. Mantener la custodia y buen estado del equipo médico asignado.
11. Brigadas a las comunidades para la búsqueda de sospechosos por COVID-19.
12. Visitas a pacientes positivos y sospechosos por COVID-19
13. Investigación de contactos por COVID-19
14. Toma de muestras.
15. Administración de tratamientos a pacientes por COVID-19
16. Seguimiento de casos COVID-19

CLAUSULA TERCERA: COORDINACION DEL TRABAJO. “EL CONTRATISTA” dependerá específicamente de la Alcaldesa Municipal, en su defecto dependerá del Director(a) de la Red, y estará obligado a cumplir con todas las directrices establecidas para el cumplimiento de sus funciones.

CLAUSULA CUARTA: PLAZO DE EJECUCIÓN. Este Contrato será suscrito por un periodo de (3 Meses) y tendrá vigencia a partir del 21 de abril del 2021 al 21 de julio de 2021.

CLAUSULA QUINTA: JORNADA DE TRABAJO: “EL CONTRATISTA” queda obligado a cumplir con la jornada de trabajo que será de: 30 horas a la semana de lunes a viernes de 6 horas diarias que se distribuirá de la siguiente manera de 8:00 AM a 2:00, y asimismo a colaborar en horas inhábiles cuando sea necesario, sin que dicho tiempo cause efecto presupuestario. No obstante, dicho horario puede ser modificado de común acuerdo de las partes por causas justificadas **EN CASO DE SURGIR UNA EMERGENCIA EN LAS HORAS NO LABORALES Y LOS FINES DE SEMANA DEBERÁ ESTAR DISPUESTO(A) PARA ATENDERLA EN LA UNIDAD DE SALUD NO SERÁN REMUNERADAS.**

CLAUSULA SEXTA: EL SALARIO CONVENIDO como retribución por los servicios a que éste contrato se refiere es de L 29,337.63 (VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE 63/100) por los servicios prestados. Considerando la naturaleza de carácter temporal del Trabajo para el cual han sido contratados los servicios del Empleado, es por lo tanto entendido y convenido que el presente contrato se regula por lo estipulado en el Código de Trabajo y Reglamento Interno de Trabajo.

CLAUSULA SEPTIMA: EL CONTRATISTA, manifiesta que el salario anteriormente descrito ha sido pactado con la Alcaldesa previa negociación y que se compromete a respetar lo acordado; asimismo, a no exigir un monto mayor a lo estipulado en el presente contrato, ya sea durante la vigencia o posterior al vencimiento del mismo.

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



CLAUSULA OCTAVA: CONDICION DE PAGO. "EL CONTRATISTA" recibirá el pago de salario en forma mensual, siempre y cuando ejecute las funciones o actividades ya establecidas en el presente contrato, **DE NO CONTAR CON EL RECURSO ECONÓMICO SE HARÁ EFECTIVO DICHO PAGO AL CONTAR CON TRANSFERENCIA DE FONDOS COVID-19 OPERACION FUERZA HONDURAS**

CLAUSULA NOVENA: FINANCIAMIENTO. El presente contrato será financiado con los fondos que recibirá la Alcaldía Municipal de Protección, Santa Bárbara, producto de la TRANSFERENCIA COVID-19 OPERACION FUERZA HONDURAS. EN CASO DE EXISTIR ALGÚN ATRASO EN DICHA TRANSFERENCIA, EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A NO SUSPENDER LOS SERVICIOS PARA LOS CUAL FUE CONTRATADO.

CLAUSULA DECIMA: VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE: "LA ALCALDIA MUNICIPAL" de conformidad al contrato firmado proporcionará a "EL CONTRATISTA", cuando sea procedente, el pago de Viáticos y Gastos de Viaje según el "Reglamento de Viáticos de la Alcaldía Municipal del Municipio de Protección Santa Bárbara.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CALIDAD DE LOS SERVICIOS. "EL CONTRATISTA" se compromete a prestar los Servicios de acuerdo con las normas más elevadas de competencia e integridad ética y profesional.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: CESIÓN. "EL CONTRATISTA" no podrá ceder este Contrato o subcontratar ninguna parte del mismo.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: CAUSAS DE RESCISION DEL CONTRATO. Son causas de rescisión del presente contrato, sin responsabilidad alguna para la "ALCALDIA MUNICIPAL PROTECCION SB" cualquiera de las que a continuación se detallan: (1) El mutuo consentimiento de las partes; (2) Por muerte de "EL CONTRATISTA" o incapacidad física o mental del mismo, que haga imposible el cumplimiento del Contrato; (3) Por decisión unilateral de cualquiera de las partes, obligándose a dar el aviso correspondiente con al menos, diez (10) días calendario de anticipación (4) Por incumplimiento de "EL CONTRATISTA" de las cláusulas del presente contrato; (5) Cuando "EL CONTRATISTA" sea condenado por los Juzgados o Tribunales con privación de su libertad por comisión de delitos; (6) Por caso fortuito o fuerza mayor; (7) Por todo daño material causado dolosamente a los edificios, obras, mobiliario o equipo, vehículos, instrumentos y demás objetos relacionados para prestar sus servicios profesionales y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas; (8) Todo acto inmoral o delictuoso que "EL CONTRATISTA" cometa en el establecimiento o lugar donde presta sus servicios profesionales cuando sea debidamente comprobado ante la autoridad competente; (9) Revelar o dar a conocer asuntos de carácter reservado en perjuicio de la "Alcaldía Municipal de Protección SB"; (10) La inhabilidad, negligencia o ineficiencia manifiesta de "EL CONTRATISTA" que haga imposible

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Secretaria de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



cumplimiento del Contrato; (11) Se considerará abandono del cargo e incumplimiento del contrato al faltar dos (2) días consecutivos o tres (3) días alternos en el mes sin causa justificada (12) Los primeros dos meses serán tomados como prueba de no dar el rendimiento esperado será motivo para rescindir el contrato.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA: MODIFICACIÓN O ENMIENDAS. El presente contrato podrá ser modificado o enmendado total o parcialmente en algunas o todas sus cláusulas siempre y cuando se acuerden por escrito por los firmantes de este contrato.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Forman parte integral de este contrato tal como si estuvieran individualmente escritos en él, Cualquier **ADDENDUM**, modificación o acuerdo suplementario que se haga al presente contrato.

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA: ANEXOS: Los ANEXOS que se agreguen al presente contrato a efecto de formar parte integrante del mismo, deberán, en todo caso, contar con la aprobación por escrito de ambas partes y contener la firma autógrafa de sus respectivos representantes legales.

CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA: Ya sea por goce de vacaciones o por liquidación final del contrato el empleado debe hacer entrega al responsable de la unidad o la persona designada, de los útiles, herramientas, materiales y/o activos bajo su responsabilidad, quedando restringido el pago de las prestaciones hasta hacer las entregas respectivas

CLAUSULA DECIMA OCTAVA: SOLUCION DE CONTROVERSIAS, JURISDICCION Y COMPETENCIA: Las Partes se comprometen a ejecutar de buena fe las obligaciones recíprocas que contraen mediante este Contrato y a realizar todos los esfuerzos requeridos para superar, de mutuo acuerdo, cualquier controversia. Toda controversia o diferencia derivada de la aplicación, validez, interpretación, nulidad o cumplimiento del presente Contrato será resuelta con la asistencia de un mediador del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de Honduras. En el evento que el conflicto no fuere resuelto mediante este procedimiento, las partes someten sus controversias a la resolución de un Tribunal de Arbitraje que se sujetará a lo dispuesto en la Ley de Arbitraje y Mediación, el Reglamento del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de la república de Honduras y las siguientes normas:

- 10.2. Un árbitro será elegido por EL PROFESIONAL un árbitro será elegido por EL CONTRATANTE y un árbitro será elegido por los dos árbitros previamente seleccionados;
- 10.2. Las partes renuncian a la jurisdicción ordinaria, se obligan a acatar el laudo que expida el Tribunal Arbitral y se comprometen a no interponer ningún tipo de recurso en contra del laudo arbitral;
- 10.3. Para la ejecución de medidas cautelares el Tribunal Arbitral está facultado para solicitar el auxilio de los funcionarios públicos, judiciales, policiales y administrativos sin que sea necesario recurrir a juez ordinario alguno;

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



- 10.4. El Tribunal Arbitral estará integrado por tres árbitros;
10.5. El procedimiento arbitral será confidencial; y,
10.6. El lugar de arbitraje será en las instalaciones de la Cámara de Comercio de la república de Honduras.

En fe de lo cual, y de común acuerdo se firma el presente Contrato para la prestación de Servicios profesionales, en el Municipio de Protección, Santa Bárbara, a los 21 (veintiún) días del mes de abril de dos mil veintiuno.



Veresa Sarmiento Caballero
Veresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal

Carmen Madria Chávez
Carmen Madria Chávez
EL CONTRATISTA

**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**





Secretaria de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **TERESA SARMIENTO CABALLERO**, mayor de edad, casada, hondureña, con Tarjeta de Identidad No. 1617-1965-00214, DOMICILIO, Protección, Santa Bárbara actuando en mi condición Alcaldesa Municipal de Protección Santa Bárbara; denominado de aquí en adelante “**ALCALDIA MUNICIPAL PROTECCION SB**” y **CARMEN MADRID CHAVEZ**, mayor de edad, soltero, hondureña, (**PROFESION MEDICO EN MEDICINA Y CIRUGIA**), con Tarjeta de Identidad No. 1602-1991-00034, (DOMICILIO Protección Santa Bárbara), (LUGAR DE RESIDENCIA, Barrio Nuevo, Protección SB), actuando en mi condición personal, de aquí en adelante denominado “**EL CONTRATISTA**”, ambos con facultades suficientes para la celebración de este acto, hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos el presente Contrato para la Prestación de los Servicios profesionales como (**MEDICO ASISTENCIAL DEL CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19**) y que se registrá por las cláusulas siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: OBJETIVO DEL CONTRATO. Se requiere los servicios del **CONTRATISTA**, para que se desempeñe en el cargo de **MEDICO ASISTENCIAL**, en el **CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19**, Ubicado en El Barrio El Centro.

CLAUSULA SEGUNDA: ACTIVIDADES. “**EL CONTRATISTA**” realizará principalmente las siguientes actividades:

III. IDENTIFICACION DEL CARGO

8. Nombre del cargo: Medico Asistencial
9. Código del cargo:
10. Ubicación del cargo: CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19.
11. Cargo del superior inmediato: Medico coordinador de la unidad de salud
12. Otros cargos a quien reporta: Directora de la Red
13. Cargos a quienes supervisa: Ninguno
14. Número de personas a quienes supervisa: Ninguno

IV. FUNCIONES

1. Elaborar y presentar informes de la gestión a la Dirección de la Red.
2. Asistir a reuniones de trabajo atendiendo invitación directa o convocatoria del superior inmediato.
3. Realizar el diagnóstico clínico de los pacientes atendidos, teniendo el cuidado de actualizar su expediente
4. Prescribir recetas de medicamentos y servicios de laboratorio requeridos por los pacientes, teniendo el cuidado de firmarlas y sellarlas.
5. Darle las indicaciones a los pacientes sobre la manera en que deben utilizar los medicamentos recetado.
6. Atender las emergencias y elaborar las notas de remisión de los pacientes que por el diagnóstico clínico deben ser atendidos en otros centros hospitalarios.

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



7. Velar porque los pacientes atendidos reciban la atención bajo las normas mínimas de higiene, salubridad y seguimiento.
8. Anotar en el expediente clínico del paciente las órdenes médicas que deben ser realizadas por el personal de enfermería.
9. Supervisar y asesorar al personal de enfermería en la atención y manejo de los pacientes COVID-19.
10. Mantener la custodia y buen estado del equipo médico asignado.
11. Brigadas a las comunidades para la búsqueda de sospechosos por COVID-19.
12. Visitas a pacientes positivos y sospechosos por COVID-19
13. Investigación de contactos por COVID-19
14. Toma de muestras.
15. Administración de tratamientos a pacientes por COVID-19
16. Seguimiento de casos COVID-19

CLAUSULA TERCERA: COORDINACION DEL TRABAJO. “EL CONTRATISTA” dependerá específicamente de la Alcaldesa Municipal, en su defecto dependerá del Director(a) de la Red, y estará obligado a cumplir con todas las directrices establecidas para el cumplimiento de sus funciones.

CLAUSULA CUARTA: PLAZO DE EJECUCIÓN. Este Contrato será suscrito por un periodo de (1 Mes) y tendrá vigencia a partir del 21 de julio del 2021 al 21 de agosto de 2021.

CLAUSULA QUINTA: JORNADA DE TRABAJO: “EL CONTRATISTA” queda obligado a cumplir con la jornada de trabajo que será de: 30 horas a la semana de lunes a viernes de 6 horas diarias que se distribuirá de la siguiente manera de 8:00 AM a 2:00, y asimismo a colaborar en horas inhábiles cuando sea necesario, sin que dicho tiempo cause efecto presupuestario. No obstante, dicho horario puede ser modificado de común acuerdo de las partes por causas justificadas **EN CASO DE SURGIR UNA EMERGENCIA EN LAS HORAS NO LABORALES Y LOS FINES DE SEMANA DEBERÁ ESTAR DISPUESTO(A) PARA ATENDERLA EN LA UNIDAD DE SALUD NO SERÁN REMUNERADAS.**

CLAUSULA SEXTA: EL SALARIO CONVENIDO como retribución por los servicios a que este contrato se refiere es de L 29,337.63 (VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE 63/100) por los servicios prestados. Considerando la naturaleza de carácter temporal del Trabajo para el cual han sido contratados los servicios del Empleado, es por lo tanto entendido y convenido que el presente contrato se regula por lo estipulado en el Código de Trabajo y Reglamento Interno de Trabajo.

CLAUSULA SEPTIMA: EL CONTRATISTA, manifiesta que el salario anteriormente descrito ha sido pactado con la Alcaldesa previa negociación y que se compromete a respetar lo acordado; asimismo, a no exigir un monto mayor a lo estipulado en el presente contrato, ya sea durante la vigencia o posterior al vencimiento del mismo.





Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



CLAUSULA OCTAVA: CONDICION DE PAGO. "EL CONTRATISTA" recibirá el pago de salario en forma mensual, siempre y cuando ejecute las funciones o actividades ya establecidas en el presente contrato, **DE NO CONTAR CON EL RECURSO ECONÓMICO SE HARÁ EFECTIVO DICHO PAGO AL CONTAR CON TRANSFERENCIA DE FONDOS COVID-19 OPERACION FUERZA HONDURAS**

CLAUSULA NOVENA: FINANCIAMIENTO. El presente contrato será financiado con los fondos que recibirá la Alcaldía Municipal de Protección, Santa Bárbara, producto de la **TRANSFERENCIA COVID-19 OPERACION FUERZA HONDURAS. EN CASO DE EXISTIR ALGÚN ATRASO EN DICHA TRANSFERENCIA, EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A NO SUSPENDER LOS SERVICIOS PARA LOS CUAL FUE CONTRATADO.**

CLAUSULA DECIMA: VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE: "LA ALCALDIA MUNICIPAL" de conformidad al contrato firmado proporcionará a "EL CONTRATISTA", cuando sea procedente, el pago de Viáticos y Gastos de Viaje según el "Reglamento de Viáticos de la Alcaldía Municipal del Municipio de Protección Santa Bárbara.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CALIDAD DE LOS SERVICIOS. "EL CONTRATISTA" se compromete a prestar los Servicios de acuerdo con las normas más elevadas de competencia e integridad ética y profesional.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: CESIÓN. "EL CONTRATISTA" no podrá ceder este Contrato o subcontratar ninguna parte del mismo.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: CAUSAS DE RESCISIÓN DEL CONTRATO. Son causas de rescisión del presente contrato, sin responsabilidad alguna para la "ALCALDIA MUNICIPAL PROTECCION SB" cualquiera de las que a continuación se detallan: (1) El mutuo consentimiento de las partes; (2) Por muerte de "EL CONTRATISTA" o incapacidad física o mental del mismo, que haga imposible el cumplimiento del Contrato; (3) Por decisión unilateral de cualquiera de las partes, obligándose a dar el aviso correspondiente con al menos, diez (10) días calendario de anticipación (4) Por incumplimiento de "EL CONTRATISTA" de las cláusulas del presente contrato; (5) Cuando "EL CONTRATISTA" sea condenado por los Juzgados o Tribunales con privación de su libertad por comisión de delitos; (6) Por caso fortuito o fuerza mayor; (7) Por todo daño material causado dolosamente a los edificios, obras, mobiliario o equipo, vehículos, instrumentos y demás objetos relacionados para prestar sus servicios profesionales y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas; (8) Todo acto inmoral o delictuoso que "EL CONTRATISTA" cometa en el establecimiento o lugar donde presta sus servicios profesionales cuando sea debidamente comprobado ante la autoridad competente; (9) Revelar o dar a conocer asuntos de carácter reservado en perjuicio de la "Alcaldía Municipal de Protección SB"; (10) La inhabilidad, negligencia o ineficiencia manifiesta de "EL CONTRATISTA" que haga imposible el

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Secretaria de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



cumplimiento del Contrato; (11) Se considerará abandono del cargo e incumplimiento del contrato al faltar dos (2) días consecutivos o tres (3) días alternos en el mes sin causa justificada (12) Los primeros dos meses serán tomados como prueba de no dar el rendimiento esperado será motivo para rescindir el contrato.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA: MODIFICACIÓN O ENMIENDAS. El presente contrato podrá ser modificado o enmendado total o parcialmente en algunas o todas sus cláusulas siempre y cuando se acuerden por escrito por los firmantes de este contrato.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Forman parte integral de este contrato tal como si estuvieran individualmente escritos en él, Cualquier **ADDENDUM**, modificación o acuerdo suplementario que se haga al presente contrato.

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA: ANEXOS: Los ANEXOS que se agreguen al presente contrato a efecto de formar parte integrante del mismo, deberán, en todo caso, contar con la aprobación por escrito de ambas partes y contener la firma autógrafa de sus respectivos representantes legales.

CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA: Ya sea por goce de vacaciones o por liquidación final del contrato el empleado debe hacer entrega al responsable de la unidad o la persona designada, de los útiles, herramientas, materiales y/o activos bajo su responsabilidad, quedando restringido el pago de las prestaciones hasta hacer las entregas respectivas

CLAUSULA DECIMA OCTAVA: SOLUCION DE CONTROVERSIAS, JURISDICCION Y COMPETENCIA: Las Partes se comprometen a ejecutar de buena fe las obligaciones recíprocas que contraen mediante este Contrato y a realizar todos los esfuerzos requeridos para superar, de mutuo acuerdo, cualquier controversia. Toda controversia o diferencia derivada de la aplicación, validez, interpretación, nulidad o cumplimiento del presente Contrato será resuelta con la asistencia de un mediador del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de Honduras. En el evento que el conflicto no fuere resuelto mediante este procedimiento, las partes someten sus controversias a la resolución de un Tribunal de Arbitraje que se sujetará a lo dispuesto en la Ley de Arbitraje y Mediación, el Reglamento del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de la república de Honduras y las siguientes normas:

- 10.2. Un árbitro será elegido por EL PROFESIONAL un árbitro será elegido por EL CONTRATANTE y un árbitro será elegido por los dos árbitros previamente seleccionados;
- 10.2. Las partes renuncian a la jurisdicción ordinaria, se obligan a acatar el laudo que expida el Tribunal Arbitral y se comprometen a no interponer ningún tipo de recurso en contra del laudo arbitral;
- 10.3. Para la ejecución de medidas cautelares el Tribunal Arbitral está facultado para solicitar el auxilio de los funcionarios públicos, judiciales, policiales y administrativos sin que sea necesario recurrir a juez ordinario alguno;

COPIA FIEL
SU ORIGINAL





Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



- 10.4. El Tribunal Arbitral estará integrado por tres árbitros;
- 10.5. El procedimiento arbitral será confidencial; y,
- 10.6. El lugar de arbitraje será en las instalaciones de la Cámara de Comercio de la república de Honduras.

En fe de lo cual, y de común acuerdo se firma el presente Contrato para la prestación de Servicios profesionales, en el Municipio de Protección, Santa Bárbara, a los 21 (veintiún) días del mes de julio de dos mil veintiuno.



Teresa Sarmiento Caballero
Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal

Carmen Madrid Chávez
Carmen Madrid Chávez
EL CONTRATISTA

**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**





CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **TERESA SARMIENTO CABALLERO**, mayor de edad, casada, hondureña, con Tarjeta de Identidad No. **1617-1965-00214**, DOMICILIO, Protección, Santa Bárbara actuando en mi condición Alcaldesa Municipal de Protección Santa Bárbara; denominado de aquí en adelante **"ALCALDIA MUNICIPAL PROTECCION SB"** y **DEYSI ARGENTINA ORELLANA MEJIA**, mayor de edad, soltera, hondureña, (**PROFESION AUXILIAR DE ENFERMERIA**), con Tarjeta de Identidad No. **1617-1990-00369** (DOMICILIO Protección Santa Bárbara), (LUGAR DE RESIDENCIA, Barrio, San Cristóbal, Protección SB), actuando en mi condición personal, de aquí en adelante denominado **"EL CONTRATISTA"**, ambos con facultades suficientes para la celebración de este acto, hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos el presente Contrato para la Prestación de los Servicios profesionales como (**AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19**) y que se registrá por las cláusulas siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: OBJETIVO DEL CONTRATO. Se requiere los servicios del **CONTRATISTA**, para que se desempeñe en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, en el **CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19**, Ubicado en El Barrio El Centro.

CLAUSULA SEGUNDA: ACTIVIDADES. "EL CONTRATISTA" realizará principalmente las siguientes actividades:

I. IDENTIFICACION DEL CARGO

1. Nombre del cargo: Enfermera Auxiliar
2. Código del cargo:
3. Ubicación del cargo: CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19.
4. Cargo del superior inmediato: Medico asistencial
5. Otros cargos a quien reporta: Supervisora de la red
6. Cargos a quienes supervisa: Ninguno
7. Número de personas a quienes supervisa: Ninguno

II. FUNCIONES

1. Tomarle al paciente los signos vitales para su cuadro clínico y actualizar su expediente con la información que corresponde.
2. Asistir y apoyar al médico general en la atención del paciente. o Brindar la misma en ausencia del médico de acuerdo a la complejidad del caso.
3. Darle y aplicarle al paciente los medicamentos prescritos y autorizados por el médico
4. Elaborar todos los informes mensuales
5. Asistir y apoyar al médico en la atención del paciente
6. Elaborar equipos, esterilizar material quirúrgico que sea necesario para la atención del paciente
7. Entrega y recibo de turno con inventario.
8. Arreglo y aseo posterior del equipo y entrega a central de equipo.

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Secretaria de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



9. Elaboración de notas de enfermería en forma clara y completa.
10. Revisar y cumplir órdenes médicas.
11. Uso y llenado correcto de, signos vitales según normas.
12. Reclamar y pegar exámenes en su hoja correspondiente.
13. Realizar visitas domiciliarias y de seguimiento.
14. Realizar actividades de promoción y prevención.
15. Brigadas a las comunidades para la búsqueda de sospechosos por COVID-19.
16. Visitas a pacientes positivos y sospechosos por COVID-19
17. Investigación de contactos por COVID-19
18. Toma de muestras.
19. Administración de tratamientos a pacientes por COVID-19
20. Seguimiento de casos COVID-19

CLAUSULA TERCERA: COORDINACION DEL TRABAJO. "EL CONTRATISTA" dependerá específicamente de la Alcaldesa Municipal, en su defecto dependerá del Director(a) de la Red, y estará obligado a cumplir con todas las directrices establecidas para el cumplimiento de sus funciones.

CLAUSULA CUARTA: PLAZO DE EJECUCIÓN. Este Contrato será suscrito por un periodo de (1 Mes) y tendrá vigencia a partir del 01 de agosto del 2021 al 31 de agosto de 2021.

CLAUSULA QUINTA: JORNADA DE TRABAJO: "EL CONTRATISTA" queda obligado a cumplir con la jornada de trabajo que será de 40 horas a la semana de lunes a viernes de 8 horas diarias de 7:00 AM a 3:00 PM, y asimismo a colaborar en horas inhábiles cuando sea necesario, sin que dicho tiempo cause efecto presupuestario. No obstante, dicho horario puede ser modificado de común acuerdo de las partes por causas justificadas **EN CASO DE SURGIR UNA EMERGENCIA EN LAS HORAS NO LABORALES Y LOS FINES DE SEMANA DEBERÁ ESTAR DISPUESTO(A) PARA ATENDERLA EN LA UNIDAD DE SALUD NO SERÁN REMUNERADAS.**

CLAUSULA SEXTA: EL SALARIO CONVENIDO como retribución por los servicios a que éste contrato se refiere es de **L 11,623.02 (ONCE MIL SEISCIENTOS VEINTITRES 02/100)** por los servicios prestados. Considerando la naturaleza de carácter temporal del Trabajo para el cual han sido contratados los servicios del Empleado, es por lo tanto entendido y convenido que el presente contrato se regula por lo estipulado en el Código de Trabajo y Reglamento Interno de Trabajo.

CLAUSULA SEPTIMA: EL CONTRATISTA, manifiesta que el salario anteriormente descrito ha sido pactado con la Alcaldesa previa negociación y que se compromete a respetar lo acordado; asimismo, a no exigir un monto mayor a lo estipulado en el presente contrato, ya sea durante la vigencia o posterior al vencimiento del mismo.

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



CLAUSULA OCTAVA: CONDICION DE PAGO. "EL CONTRATISTA" recibirá el pago de salario en forma mensual, siempre y cuando ejecute las funciones o actividades ya establecidas en el presente contrato, **DE NO CONTAR CON EL RECURSO ECONÓMICO SE HARÁ EFECTIVO DICHO PAGO AL CONTAR CON TRANSFERENCIA DE FONDOS COVID-19 OPERACION FUERZA HONDURAS**

CLAUSULA NOVENA: FINANCIAMIENTO. El presente contrato será financiado con los fondos que recibirá la Alcaldía Municipal de Protección, Santa Bárbara, producto de la **TRANSFERENCIA COVID-19 OPERACION FUERZA HONDURAS**. EN CASO DE EXISTIR ALGÚN ATRASO EN DICHA TRANSFERENCIA, EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A NO SUSPENDER LOS SERVICIOS PARA LOS CUAL FUE CONTRATADO.

CLAUSULA DECIMA: VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE: "LA ALCALDIA MUNICIPAL" de conformidad al contrato firmado proporcionará a "EL CONTRATISTA", cuando sea procedente, el pago de Viáticos y Gastos de Viaje según el "Reglamento de Viáticos de la Alcaldía Municipal del Municipio de Protección Santa Bárbara.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CALIDAD DE LOS SERVICIOS. "EL CONTRATISTA" se compromete a prestar los Servicios de acuerdo con las normas más elevadas de competencia e integridad ética y profesional.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: CESIÓN. "EL CONTRATISTA" no podrá ceder este Contrato o subcontratar ninguna parte del mismo.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: CAUSAS DE RESCISIÓN DEL CONTRATO. Son causas de rescisión del presente contrato, sin responsabilidad alguna para la "ALCALDIA MUNICIPAL PROTECCION SB" cualquiera de las que a continuación se detallan: (1) El mutuo consentimiento de las partes; (2) Por muerte de "EL CONTRATISTA" o incapacidad física o mental del mismo, que haga imposible el cumplimiento del Contrato; (3) Por decisión unilateral de cualquiera de las partes, obligándose a dar el aviso correspondiente con al menos, diez (10) días calendario de anticipación (4) Por incumplimiento de "EL CONTRATISTA" de las cláusulas del presente contrato; (5) Cuando "EL CONTRATISTA" sea condenado por los Juzgados o Tribunales con privación de su libertad por comisión de delitos; (6) Por caso fortuito o fuerza mayor; (7) Por todo daño material causado dolosamente a los edificios, obras, mobiliario o equipo, vehículos, instrumentos y demás objetos relacionados para prestar sus servicios profesionales y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas; (8) Todo acto inhumano o delictuoso que "EL CONTRATISTA" cometa en el establecimiento o lugar donde presta sus servicios profesionales cuando sea debidamente comprobado ante la autoridad competente; (9) Revelar o dar a conocer asuntos de carácter reservado en perjuicio de la "Alcaldía Municipal de Protección SB"; (10) La inhabilidad, negligencia o ineficiencia manifiesta de "EL CONTRATISTA" que haga imposible el

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



cumplimiento del Contrato; (11) Se considerará abandono del cargo e incumplimiento del contrato al faltar dos (2) días consecutivos o tres (3) días alternos en el mes sin causa justificada (12) Los primeros dos meses serán tomados como prueba de no dar el rendimiento esperado será motivo para rescindir el contrato.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA: MODIFICACIÓN O ENMIENDAS. El presente contrato podrá ser modificado o enmendado total o parcialmente en algunas o todas sus cláusulas siempre y cuando se acuerden por escrito por los firmantes de este contrato.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Forman parte integral de este contrato tal como si estuvieran individualmente escritos en él, Cualquier **ADDENDUM**, modificación o acuerdo suplementario que se haga al presente contrato.

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA: ANEXOS: Los ANEXOS que se agreguen al presente contrato a efecto de formar parte integrante del mismo, deberán, en todo caso, contar con la aprobación por escrito de ambas partes y contener la firma autógrafa de sus respectivos representantes legales.

CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA: Ya sea por goce de vacaciones o por liquidación final del contrato el empleado debe hacer entrega al responsable de la unidad o la persona designada, de los útiles, herramientas, materiales y/o activos bajo su responsabilidad, quedando restringido el pago de las prestaciones hasta hacer las entregas respectivas

CLAUSULA DECIMA OCTAVA: SOLUCION DE CONTROVERSIAS, JURISDICCION Y COMPETENCIA: Las Partes se comprometen a ejecutar de buena fe las obligaciones reciprocas que contraen mediante este Contrato y a realizar todos los esfuerzos requeridos para superar, de mutuo acuerdo, cualquier controversia. Toda controversia o diferencia derivada de la aplicación, validez, interpretación, nulidad o cumplimiento del presente Contrato será resuelta con la asistencia de un mediador del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de Honduras. En el evento que el conflicto no fuere resuelto mediante este procedimiento, las partes someten sus controversias a la resolución de un Tribunal de Arbitraje que se sujetará a lo dispuesto en la Ley de Arbitraje y Mediación, el Reglamento del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de la república de Honduras y las siguientes normas:

- 10.2. Un árbitro será elegido por EL PROFESIONAL un árbitro será elegido por EL CONTRATANTE y un árbitro será elegido por los dos árbitros previamente seleccionados;
- 10.2. Las partes renuncian a la jurisdicción ordinaria, se obligan a acatar el laudo que expida el Tribunal Arbitral y se comprometen a no interponer ningún tipo de recurso en contra del laudo arbitral;
- 10.3. Para la ejecución de medidas cautelares el Tribunal Arbitral está facultado para solicitar el auxilio de los funcionarios públicos, judiciales, policiales y administrativos sin que sea necesario recurrir a juez ordinario alguno;





Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



- 10.4. El Tribunal Arbitral estará integrado por tres árbitros;
- 10.5. El procedimiento arbitral será confidencial; y,
- 10.6. El lugar de arbitraje será en las instalaciones de la Cámara de Comercio de la república de Honduras.

En fe de lo cual, y de común acuerdo se firma el presente Contrato para la prestación de Servicios profesionales, en el Municipio de Protección, Santa Bárbara, a los 02 (Dos) días del mes de agosto de dos mil veintiuno.




Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal



Deysi Argentiña Orellana Mejía
EL CONTRATISTA

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **TERESA SARMIENTO CABALLERO**, mayor de edad, casada, hondureña, con Tarjeta de Identidad No. 1617-1965-00214, DOMICILIO, Protección, Santa Bárbara actuando en mi condición Alcaldesa Municipal de Protección Santa Bárbara; denominado de aquí en adelante “**ALCALDIA MUNICIPAL PROTECCION SB**” y **SANDRA ELIZABETH ENAMORADO RODRÍGUEZ**, mayor de edad, soltera, Hondureña, (**PROFESION U OFICIO AMA DE CASA**), con Tarjeta de Identidad No. 1617-1984-00134 (DOMICILIO Protección Santa Bárbara), (**LUGAR DE RESIDENCIA**, Barrio, San Cristóbal, Protección SB), actuando en mi condición personal, de aquí en adelante denominado “**EL CONTRATISTA**”, ambos con facultades suficientes para la celebración de este acto, hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos el presente Contrato para la Prestación de los Servicios como (**ASEADORA DEL CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19**) y que se registrá por las cláusulas siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: OBJETIVO DEL CONTRATO. Se requiere los servicios del **CONTRATISTA**, para que se desempeñe en el cargo de **ASEADORA**, en el **CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19, Ubicado en El Barrio El Centro**.

CLAUSULA SEGUNDA: ACTIVIDADES. “**EL CONTRATISTA**” realizará principalmente las siguientes actividades:

I. IDENTIFICACION DEL CARGO

1. Nombre del cargo: Aseadora
2. Código del cargo:
3. Ubicación del cargo: CENTRO DE ESTABILIZACION COVID-19.
4. Cargo del superior inmediato: Medico asistencial
5. Otros cargos a quien reporta: Supervisora de la red
6. Cargos a quienes supervisa: Ninguno
7. Número de personas a quienes supervisa: Ninguno

II. FUNCIONES

1. Hacer la limpieza de las instalaciones, limpiar muebles y ventanas
2. Realizar la limpieza de la ropa, camillas, y otros enceres utilizados en la prestación de servicios de salud
3. Preparar y servir el café, té o agua al personal que labora en la institución.
4. Apoyar al superior inmediato en labores administrativas delegadas.
5. Realizar labores de conserjería que se le asignen
6. Mantener en buen estado y completamente limpios los materiales y herramientas utilizadas en la limpieza.
7. Atender cualquier otra actividad relacionada con sus funciones.



Sandra Elizabeth Enamorado



Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



8. Hacer mandados.

CLAUSULA TERCERA: COORDINACION DEL TRABAJO. “EL CONTRATISTA” dependerá específicamente de la Alcaldesa Municipal, en su defecto dependerá del Director(a) de la Red, y estará obligado a cumplir con todas las directrices establecidas para el cumplimiento de sus funciones.

CLAUSULA CUARTA: PLAZO DE EJECUCIÓN. Este Contrato será suscrito por un periodo de (1 Mes) y tendrá vigencia a partir del 01 de agosto del 2021 al 31 de agosto de 2021.

CLAUSULA QUINTA: JORNADA DE TRABAJO: “EL CONTRATISTA” queda obligado a cumplir con la jornada de trabajo que será de 20 horas a la semana de lunes a viernes de 4 horas diarias de 8:00 AM a 12:00 M, y asimismo a colaborar en horas inhábiles cuando sea necesario, sin que dicho tiempo cause efecto presupuestario. No obstante, dicho horario puede ser modificado de común acuerdo de las partes por causas justificadas.

CLAUSULA SEXTA: EL SALARIO CONVENIDO como retribución por los servicios a que éste contrato se refiere es de L 5,531.46 (CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN 46/100) por los servicios prestados. Considerando la naturaleza de carácter temporal del Trabajo para el cual han sido contratados los servicios del Empleado, es por lo tanto entendido y convenido que el presente contrato se regula por lo estipulado en el Código de Trabajo y Reglamento Interno de Trabajo.

CLAUSULA SEPTIMA: EL CONTRATISTA, manifiesta que el salario anteriormente descrito ha sido pactado con la Alcaldesa previa negociación y que se compromete a respetar lo acordado; asimismo, a no exigir un monto mayor a lo estipulado en el presente contrato, ya sea durante la vigencia o posterior al vencimiento del mismo.

CLAUSULA OCTAVA: CONDICION DE PAGO. “EL CONTRATISTA” recibirá el pago de salario en forma mensual, siempre y cuando ejecute las funciones o actividades ya establecidas en el presente contrato, **DE NO CONTAR CON EL RECURSO ECONÓMICO SE HARÁ EFECTIVO DICHO PAGO AL CONTAR CON TRANSFERENCIA DE FONDOS COVID-19 OPERACION FUERZA HONDURAS.**

CLAUSULA NOVENA: FINANCIAMIENTO. El presente contrato será financiado con los fondos que recibirá la Alcaldía Municipal de Protección, Santa Bárbara, producto de la **TRANSFERENCIA COVID-19 OPERACION FUERZA HONDURAS.** EN CASO DE EXISTIR ALGÚN ATRASO EN DICHA TRANSFERENCIA, EL CONTRATISTA SE COMPROMETE A NO SUSPENDER LOS SERVICIOS PARA LOS CUAL FUE CONTRATADO.

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



sandra Eliza Beth Enamorado



Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



CLAUSULA DECIMA: VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE: "LA ALCALDIA MUNICIPAL" de conformidad al contrato firmado proporcionará a "EL CONTRATISTA", cuando sea procedente, el pago de Viáticos y Gastos de Viaje según el "Reglamento de Viáticos de la Alcaldía Municipal del Municipio de Protección Santa Bárbara.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CALIDAD DE LOS SERVICIOS. "EL CONTRATISTA" se compromete a prestar los Servicios de acuerdo con las normas más elevadas de competencia e integridad ética y profesional.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: CESIÓN. "EL CONTRATISTA" no podrá ceder este Contrato o subcontratar ninguna parte del mismo.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: CAUSAS DE RESCISIÓN DEL CONTRATO. Son causas de rescisión del presente contrato, sin responsabilidad alguna para la "ALCALDIA MUNICIPAL PROTECCION SB" cualquiera de las que a continuación se detallan: (1) El mutuo consentimiento de las partes; (2) Por muerte de "EL CONTRATISTA" o incapacidad física o mental del mismo, que haga imposible el cumplimiento del Contrato; (3) Por decisión unilateral de cualquiera de las partes, obligándose a dar el aviso correspondiente con al menos, diez (10) días calendario de anticipación (4) Por incumplimiento de "EL CONTRATISTA" de las cláusulas del presente contrato; (5) Cuando "EL CONTRATISTA" sea condenado por los Juzgados o Tribunales con privación de su libertad por comisión de delitos; (6) Por caso fortuito o fuerza mayor; (7) Por todo daño material causado dolosamente a los edificios, obras, mobiliario o equipo, vehículos, instrumentos y demás objetos relacionados para prestar sus servicios profesionales y toda grave negligencia que ponga en peligro la seguridad de las personas o de las cosas; (8) Todo acto inhumano o delictuoso que "EL CONTRATISTA" cometa en el establecimiento o lugar donde presta sus servicios profesionales cuando sea debidamente comprobado ante la autoridad competente; (9) Revelar o dar a conocer asuntos de carácter reservado en perjuicio de la "Alcaldía Municipal de Protección SB"; (10) La inhabilidad, negligencia o ineptitud manifiesta de "EL CONTRATISTA" que haga imposible el cumplimiento del Contrato; (11) Se considerará abandono del cargo e incumplimiento del contrato al faltar dos (2) días consecutivos o tres (3) días alternos en el mes sin causa justificada (12) Los primeros dos meses serán tomados como prueba de no dar el rendimiento esperado será motivo para rescindir el contrato.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA: MODIFICACIÓN O ENMIENDAS. El presente contrato podrá ser modificado o enmendado total o parcialmente en algunas o todas sus cláusulas siempre y cuando se acuerden por escrito por los firmantes de este contrato.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO. Forman parte integral de este contrato tal como si estuvieran individualmente escritos en él. Cualquier ADDENDUM, modificación o acuerdo suplementario que se haga al presente contrato.

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



sandra etiza Beth Chamo



Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



CLAUSULA DÉCIMA SEXTA: ANEXOS: Los ANEXOS que se agreguen al presente contrato a efecto de formar parte integrante del mismo, deberán, en todo caso, contar con la aprobación por escrito de ambas partes y contener la firma autógrafa de sus respectivos representantes legales.

CLAUSULA DÉCIMA SEPTIMA: Ya sea por goce de vacaciones o por liquidación final del contrato el empleado debe hacer entrega al responsable de la unidad o la persona designada, de los útiles, herramientas, materiales y/o activos bajo su responsabilidad, quedando restringido el pago de las prestaciones hasta hacer las entregas respectivas

CLAUSULA DECIMA OCTAVA: SOLUCION DE CONTROVERSIAS, JURISDICCION Y COMPETENCIA: Las Partes se comprometen a ejecutar de buena fe las obligaciones reciprocas que contraen mediante este Contrato y a realizar todos los esfuerzos requeridos para superar, de mutuo acuerdo, cualquier controversia. Toda controversia o diferencia derivada de la aplicación, validez, interpretación, nulidad o cumplimiento del presente Contrato será resuelta con la asistencia de un mediador del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de Honduras. En el evento que el conflicto no fuere resuelto mediante este procedimiento, las partes someten sus controversias a la resolución de un Tribunal de Arbitraje que se sujetará a lo dispuesto en la Ley de Arbitraje y Mediación, el Reglamento del Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de la república de Honduras y las siguientes normas:

- 10.2. Un árbitro será elegido por EL PROFESIONAL un árbitro será elegido por EL CONTRATANTE y un árbitro será elegido por los dos árbitros previamente seleccionados;
- 10.2. Las partes renuncian a la jurisdicción ordinaria, se obligan a acatar el laudo que expida el Tribunal Arbitral y se comprometen a no interponer ningún tipo de recurso en contra del laudo arbitral;
- 10.3. Para la ejecución de medidas cautelares el Tribunal Arbitral está facultado para solicitar el auxilio de los funcionarios públicos, judiciales, policiales y administrativos sin que sea necesario recurrir a juez ordinario alguno;
- 10.4. El Tribunal Arbitral estará integrado por tres árbitros;
- 10.5. El procedimiento arbitral será confidencial; y,
- 10.6. El lugar de arbitraje será en las instalaciones de la Cámara de Comercio de la república de Honduras.

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



sandra Elizabeth Enamorado



Secretaría de Salud
Municipalidad de Protección, Santa Bárbara
Proyecto de Salud Descentralizada
Honduras C. A. Tel. 2625-2903
RTN 1617-9995-439040



En fe de lo cual, y de común acuerdo se firma el presente Contrato para la prestación de Servicios profesionales, en el Municipio de Protección, Santa Bárbara, a los 02 (dos) días del mes de agosto de dos mil veintiuno.




Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal


Sandra Elizabeth Enamorado Rodríguez
EL CONTRATISTA

**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**





ALCALDIA MUNICIPAL, PROTECCION SANTA BARBARA

Email: municipalidad1617@yahoo.es

TEL.: 2625 - 2903, HONDURAS C.A.

RTN: 1617 9995 439040



RECIBO POR L. 134,505.00

LUGAR: MUNICIPIO DE PROTECCION

FECHA: 30 DE JUNIO DE 2021

A FAVOR DE: TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA

RTN: 1617-9995-439040

LA CANTIDAD DE: CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL
QUINIENTOS CINCO 00/100

POR CONCEPTO DE: TRANSFERENCIA DE FONDOS PARA LA
OPERACIÓN PRESIDENCIAL FUERZA HONDURAS, OTORGADOS
POR EL GOBIERNO CENTRAL LA CUAL CONSISTE EN LA
ADECUACIÓN DEL CENTRO DE ESTABILIZACIÓN EN EL
MUNICIPIO DE PROTECCIÓN DEPARTAMENTO DE SANTA
BÁRBARA



Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal
Protección, Santa Bárbara



Glenda Maribel Herrera Rivera
Tesorera Municipal
Protección, Santa Bárbara

**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**





República de Honduras

LISTADO DE PAGOS



27/10/2021 14:52:14
Gestión: 2021
R_PAG_BENEF_HTML
Página 4 de 5

Banco : 00001 BANCO CENTRAL DE HONDURAS				Moneda: HNL LEMPIRAS				Estado: CONCILIADO			
Cuenta: 11101010006181 TGR-CUENTA UNICA EN MONEDA NACIONAL				Libreta: 00400012103 CREDITO EXTERNO (21)							
Medio Pago: TRB		Banco Beneficiario: 00008 BANCO DEL PAIS S.A		Cuenta Beneficiario: 6261666							
Fecha Creación	Fecha Impresión	Fecha Entrega	Nro Cheque	Número de pago	Nro Doc	Tipo Doc Resp	Nro Doc Respaldo	DOCUMENTO RELACIONADO		Monto	
L D 28/08/2021				245776	40-1-3611-1-1	DECRET	PCM 117-2020	TRANSFERENCIA COVID-19 OPERACION FUERZA HONDURAS EN ATENCION A INSTRUCCIONES RECIBIDAS MEDIANTE MEMORANDUM GA-ND-035-2021 Y MEMORANDUM GA-ND-288-2021 ADJUNTOS AL PAGO.		134,505.00	
Sub-Total: TRB									134,505.00		
Total Por Medio de Pago: TRB									134,505.00		
Total Por Cuenta 11101010006181 Y Libreta 00400012103:									134,505.00		
Banco : 00001 BANCO CENTRAL DE HONDURAS				Moneda: HNL LEMPIRAS				Estado: ANULADO			
Cuenta: 11101010006181 TGR-CUENTA UNICA EN MONEDA NACIONAL				Libreta: 00600011101 LIBRETA PRINCIPAL SECRETARIA DE SALUD FTE 11							
Medio Pago: TRB		Banco Beneficiario: 00008 BANCO DEL PAIS S.A		Cuenta Beneficiario: 01-080-000105-0							
Fecha Creación	Fecha Impresión	Fecha Entrega	Nro Cheque	Número de pago	Nro Doc	Tipo Doc Resp	Nro Doc Respaldo	DOCUMENTO RELACIONADO		Monto	
L D 08/04/2021				113444	60-45-124-1-1	FACT	01-	TRANSFERENCIA QUE CORRESPONDE AL DESEMBOLO FUIO DE LOS MESES DE ENERO Y FEBRERO DE 2021 POR LA PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION EN EL MUNICIPIO DE PROTECCION DEL DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA, SEGUN CONVENIO SUSCRITO ENTRE LA SECRETARIA DE SALUD Y EL GESTOR MUNICIPALIDAD DE PROTECCION, FIRMADO EN FECHA 03 DE MARZO DE 2021.		1,386,994.58	
Sub-Total: TRB									1,386,994.58		
Total Por Medio de Pago: TRB									1,386,994.58		
Total Por Cuenta 11101010006181 Y Libreta 00600011101:									1,386,994.58		
Banco : 00001 BANCO CENTRAL DE HONDURAS				Moneda: HNL LEMPIRAS				Estado: CONCILIADO			
Cuenta: 11101010006181 TGR-CUENTA UNICA EN MONEDA NACIONAL				Libreta: 00600011101 LIBRETA PRINCIPAL SECRETARIA DE SALUD FTE 11							



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



PROTECCIÓN, SANTA
BARBARA
EJERCICIO: 2021
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 12/07/2021
Hora : 10:48 a.m.
USUARIO: WUILMER.FUENTES

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 2925

L.: 58,675.26

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2262

Fecha de Emisión: 12/7/2021

No. Cheque/Nota de Debito: 00002549

Pague a: CARMEN MADRID CHAVEZ

Id/RTN: 1602199100034

La Cantidad en Letras: CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO CON VEINTISEIS CENTAVOS

Descripción:

Subsidio Salud, Pago de Medico Coordinador para la prestación de Servicio de Salud de atención primaria en el Municipio de Protección, Santa Barbara, emergencia Covid-19, fecha de inicio 21 de abril 2021, al 21 de junio 2021, correspondiente a dos meses (Centro de Estabilización covid-19, Bo, Ubicado en Centro Social, Rolando Dubon Bueso Bo, El Centro)

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 54200 11-011-08	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	58,675.26

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-011-08	TRANSFERENCIA COVID-19, OPERACIÓN FUERZA HONDURAS	58,675.26
Monto Total:		58,675.26

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		58,675.26
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		58,675.26

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorero

Recibido por:
Identidad No.: 1602-1991-00034

0s+jsj9JmfCbpnTj1r3tahrsmJC3XwfrqZZFmfSubQvXuZysSKB@ur90IWIPuPbqBiumW/O6EbY43rZ2FkXpKx+DZnmAJc/G1H5b3GXvzfrz6U5IEAOYID9a8
U4U9AUJz7ggyukoPcwQeifgX1HFTM6Puu1AXNCTLKW+JRqo Bw

**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**

12/07/2021 10:48:05 a.m.

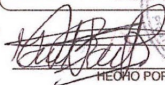
CONCEPTO DEL PAGO

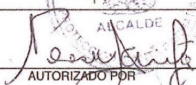
PAGO DE Subsidio Salud. Pago de Medico Coordinador para la prestación de Servicio de Salud de atención primaria en el Municipio de Protección, Santa Barbara, emergencia Covid-19, fecha de inicio 21 de abril 2021, al 21 de junio 2021, correspondiente a dos meses (Centro de Estabilización covid-19, Bo. Ubicado en Centro Social,

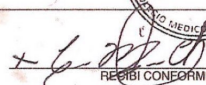
CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	PAGO DE Subsidio Salud. Pago de Medico Coordinador para la prestación de Servicio de Salud de atención primaria en el Municipio de Protección, Santa Barbara, emergencia Covid-19, fecha de inicio 21 de abril 2021, al 21 de junio 2021, correspondiente a dos meses (Centro de Estabilización covid-19, Bo. Ubicado en Centro Social, Rolando Dubon Bueso Bo. El Centro)		58,675.26	

CHEQUE No. 00002549

BALANCE


RECIBO POR


AUTORIZADO POR


RECIBI CONFORME



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

CARMEN / MADRID CHAVEZ



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
 NACIÓ EL : 29 ENERO 1991
 SEXO : MASCULINO
 EMITIDA EL : 20 FEBRERO 2013

1602-1991-00034

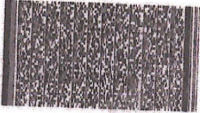


11771160-02

**COPIA FIEL
 A SU ORIGINAL**

ARTÍCULO 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 1601
CARMEN / MADRID CHAVEZ
1602-1991-00034



+ L. P. C.





PLANILLA DE PAGO PERSONAL ASISTENCIAL
MUNICIPALIDAD: Protección, S.B Correspondiente al mes de mayo de 2021
Unidad Ejecutora: Alcaldía Municipal Año 2021
Proyecto: EMERGENCIA COVID-19 OPERACIÓN FUERZA HONDURAS



Nombres y Apellidos	Cargo	Documento Per. Identidad	# de Solvencia Municipal	Fecha de inicio	Tiempo Trabajado			Total Devengado	ISR	TOTAL	# CHEQUE BANPAIS	Fecha de Pago	Firma
					Desde	Hasta	Total						
Carmen Madrid Chavez	Medico Asistencial	1602-1991-00034	470510	21/4/2021	21-abr.	21-may	30	L. 29,337.63	L. 0.00	L. 29,337.63	2549	12/7/2021	
TOTAL								L. 29,337.63	L. 0.00	L. 29,337.63			

HAGO CONSTAR QUE: Esta planilla es correcta, y justa y que los servicios que en ella se expresan, han sido prestados por las personas asignada a los cargos descritos.

LUGAR Y FECHA DE ELABORACION : Protección, Santa Barbara, 21 de mayo de 2021



Aprobado:

Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal



Revisado por:

Enemila Lazo Argueta
Coordinadora de la red



Preparado por:

Boanerges Erasmo Enriquez Anta
Jefe de RRHH
MUNICIPALIDAD DE PROTECCION
SANTA BARBARA
DEPARTAMENTO DE
RECURSOS HUMANOS



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



PLANILLA DE PAGO PERSONAL ASISTENCIAL
MUNICIPALIDAD: Protección, S.B Correspondiente al mes de junio de 2021
Unidad Ejecutora: Alcaldía Municipal Año 2021
Proyecto: EMERGENCIA COVID-19 OPERACIÓN FUERZA HONDURAS



Nombres y Apellidos	Cargo	Documento Per. Identidad	# de Solvencia Municipal	Fecha de Inicio	Tiempo Trabajado			Total Devengado	ISR	TOTAL	# CHEQUE BANPAIS	Fecha de Pago	Firma
					Desde	Hasta	Total						
Carmen Madrid Chavez	Medico Asistencial	1602-1991-00034	470510	21/4/2021	21-may.	21-jun	30	L. 29,337.63	L. 0.00	L. 29,337.63	2549	12/7/2021	
TOTAL								L. 29,337.63	L. 0.00	L. 29,337.63			

HAGO CONSTAR QUE: Esta planilla es correcta, y justa y que los servicios que en ella se expresan, han sido prestados por las personas asignada a los cargos descritos.

LUGAR Y FECHA DE ELABORACION : Protección, Santa Barbara, 21 de junio de 2021



Aprobado

Teresa Sármiento Caballero
Alcaldesa Municipal



Revisado por

Lic. Enemila Lazo Argueta
Coordinadora de la red



Preparado por

Boanerges Erasmo Cortez Brito



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Honduras, C.A.

PROTECCIÓN, SANTA
BARBARA
EJERCICIO: 2021
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 01/09/2021
Hora : 10:44 a.m.
USUARIO: WUILMER.FUENTES

Orden de Pago No.: 3120

L.: 58,675.26

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 754

Fecha de Emisión: 1/9/2021

No.Cheque/Nota de Debito:

Pague a: Banco del País, S.A

Id/RTN: 08019995140489

La Cantidad en Letras: CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO CON VEINTISEIS CENTAVOS

Descripción:

Subsidio Salud. Pago de Medico Coordinador para la prestación de Servicio de Salud de atención primaria en el Municipio de Protección, Santa Barbara, emergencia Covid-19, correspondiente a dos meses Julio y Agosto (Centro de Estabilización covid-19,Bo. Ubicado en Centro Social, Rolando Dubón Bueso Bo. El Centro)

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 54200 11-011-08	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	58,675.26

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

CODIGO	RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
11-011-08	TRANSFERENCIA COVID-19, OPERACIÓN FUERZA HONDURAS	58,675.26
	Monto Total:	58,675.26

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	58,675.26
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	58,675.26

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:

Identidad No.:

0s+jsj9JmfcBpnTj1r3tahrfrsMJ3KwrfqZZFmSubQvXuzysSKIB+w/r90tWIPw/PheqBlumIW06Eby43zZFFx0KksDZmmAjr/G1h5b3GXvzTxr8uM5EAOjYrID8a6
U4U9AUz7ggyuKoPcwQefgx1HFTM6Puu1AXNCTLKW+JRgo Bw==

01/09/2021 10:44:04 a.m.

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



**Nota de
DEBITO**

Agencia: SERVICIOS ELECTRONICOS

Fecha: 30-08- 2021

Hora: 13:54:47

No. de Nota: 00000332

Valor: L. 58,675.26

Nombre: ALCALDIA MUNICIPAL DE PROTECCION SANTA BARBARA/CUT

Dirección: BARRIO EL CENTRO CALLE PRINCIPAL FRENTE PARQUE CENTRAL

Cuenta: 01-080-000265-0

Motivo: TRANSFERENCIAS BANCA REMOTA

Observaciones: PAGO DE PLANILLA No. 0842686

No. créditos: 1

Fecha: 30/08/2021 13:55:09

Banpaís X Internet

Usuario: GHERRERA24

Detalle de Cuentas

No. de Cuenta	Terminación del Plástico	Nombre de la Cuenta	Monto	Estado
21-080-012633-5		MADRID CHAVEZ CARMEN	58,675.26	CUENTA ACREDITADA CORRECTAMENTE



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





Municipalidad De
Protección, Santa Bárbara
HONDURAS C.A.
R.T.N. 6179993439040



Protección Santa Bárbara 30 de Agosto año 2021

Recibo por Lps **58,675.26**

Yo Carmen Madrid Chavez Identidad N°1602-1991-00034 Residente en barrio Nuevo recibí de la municipalidad de Protección la Cantidad de Cincuenta y Ocho Mil Seiscientos Setenta y Cinco con Veintiséis centavos (**58,675.26**) Subsidio de Salud, pago Medico Coordinador para la prestación de Servicio de Salud de atención primaria en el municipio de Protección, Santa Bárbara, Emergencia Covid-19, Correspondiente a dos meses Julio y Agosto (Centro de estabilización Covid-19).

Para constancia firmo el presente recibo a los 30 días del mes de Agosto año 2021.



Carmen Madrid Chavez

1602-1991-00034

Recibe

**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**





PLANILLA DE PAGO PERSONAL ASISTENCIAL
MUNICIPALIDAD: Protección, S.B Correspondiente al mes de julio de 2021
Unidad Ejecutora: Alcaldía Municipal Año 2021
Proyecto: EMERGENCIA COVID-19 OPERACIÓN FUERZA HONDURAS



Nombres y Apellidos	Cargo	Documento Per. Identidad	# de Solvencia Municipal	Fecha de Inicio	Tiempo Trabajado			Total Devengado	ISR	TOTAL	# Cuenta Bancaria BANPAIS	Fecha de Pago	Firma
					Desde	Hasta	Total						
Carmen Madrid Chavez	Medico Asistencial	1602-1991-00034	470510	21/4/2021	21-jun.	21-jul	30	L. 29,337.63	L. 0.00	L. 29,337.63	210800126335	1/9/2021	
TOTAL								L. 29,337.63	L. 0.00	L. 29,337.63			

HAGO CONSTAR QUE: Esta planilla es correcta, y justa y que los servicios que en ella se expresan, han sido prestados por las personas asignada a los cargos descritos.

LUGAR Y FECHA DE ELABORACION : Protección, Santa Barbara, 21 de julio de 2021



Aprobado

Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal



Revisado por:

Dicy Elizbeth Espinal Rivera
Coordinadora de la red



Preparado por:

Boanerges Erazmo Enríques Ariza
Jefe de RRHH DE RECURSOS HUMANOS



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL





PLANILLA DE PAGO PERSONAL ASISTENCIAL
MUNICIPALIDAD: Protección, S.B Correspondiente al mes de agosto de 2021
Unidad Ejecutora: Alcaldía Municipal Año 2021
Proyecto: EMERGENCIA COVID-19 OPERACIÓN FUERZA HONDURAS



Nombres y Apellidos	Cargo	Documento Per. Identidad	# de Solvencia Municipal	Fecha de Inicio	Tiempo Trabajado			Total Devengado	ISR	TOTAL	# Cuenta Bancaria BANPAIS	Fecha de Pago	Firma
					Desde	Hasta	Total						
Carmen Madrid Chavez	Medico Asistencial	1602-1991-00034	470510	21/4/2021	21-jul.	21-ago	30	L. 29,337.63	L. 0.00	L. 29,337.63	210800126335	1/9/2021	
TOTAL								L. 29,337.63	L. 0.00	L. 29,337.63			

HAGO CONSTAR QUE: Esta planilla es correcta, y justa y que los servicios que en ella se expresan, han sido prestados por las personas asignada a los cargos descritos.

LUGAR Y FECHA DE ELABORACION : Proteccion, Santa Barbara, 21 de agosto de 2021



Aprobado

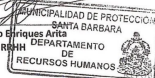
Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal

Revisado por

Lic. Fanny Elizabeth Espinal Rivera
Coordinadora de la red

Preparado por:

Boanerges Erasmo Enriquez Ariza
Jefe de RHH



SECRETARÍA DE SALUD



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



PROTECCIÓN, SANTA
BARBARA
EJERCICIO: 2021
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 03/09/2021
Hora : 03:22 p.m.
USUARIO: WUILMER.FUENTES

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 3141

L.: 11,623.02

Tipo de Expediente: REGULARIZACION GASTOS

Expediente No.: 759

Fecha de Emisión: 3/9/2021

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: Banco del Pais, S.A

Id/RTN: 08019995140489

La Cantidad en Letras: ONCE MIL SEISCIENTOS VEINTITRES CON DOS CENTAVOS

Descripción:

Subsidio Salud, Pago a auxiliar de enfermería para la prestación de Servicio de Salud de atención primaria en el Municipio de Protección, Santa Barbara, Covid-19, (Centro de Estabilización covid-19, Bo.El Centro Ubicado en Centro Social, Rolando Dubón Bueso Bo. El Centro)

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 54200 11-011-08	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	11,623.02

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-011-08	TRANSFERENCIA COVID-19, OPERACIÓN FUERZA HONDURAS	11,623.02
Monto Total:		11,623.02

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,623.02
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,623.02



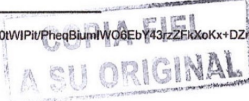
Firma y Sello de Tesorería



Recibido por: _____

Identidad No.: 1617-1990-00369

0s+js/9Jm/CbnpTj1r3tahrfsmJC3XwfrqjZZFmSubQvXuzysSKIB+w/xr90WIPi/PhegBlumW06EbY43rzZF0xKx+D2nmAJc/G1h5b3GXvzTx8uM5IEAO/YD8aB
U4U8AU/z7ggyuKoPcwQefjgx1HFTM6Puu1AXNCTLKW+JRqp Bw==



03/09/2021 03:22:32 p.m.

**Nota de
DEBITO****Agencia:** SERVICIOS ELECTRONICOS**Fecha:** 03-09- 2021**Hora:** 14:07:17**No. de Nota:** 00000169**Valor:** L. 11,623.02**Nombre:** ALCALDIA MUNICIPAL DE PROTECCION SANTA BARBARA/CUT**Dirección:** BARRIO EL CENTRO CALLE PRINCIPAL FRENTE PARQUE CENTRAL**Cuenta:** 01-080-000265-0**Motivo:** TRANSFERENCIAS BANCA REMOTA**Observaciones:** PAGO DE PLANILLA No. 0844823**No. créditos:** 1

Fecha: 03/09/2021' 14:41:30

Banpaís X Internet

Usuario: GHERRERA24



Detalle de Cuentas

No. de Cuenta	Terminación del Plástico	Nombre de la Cuenta	Monto	Estado
21-080-012558-4		ORELLANA MEJIA DEYSI ARGENTINA	11,623.02	CUENTA ACREDITADA CORRECTAMENTE



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



Fecha: 03/09/2021 15:49:52

Banpais X Internet

Usuario: GHERRERA24



Municipalidad De
Protección, Santa Bárbara
HONDURAS C.A.
R.T.N. 6179995439040



Protección Santa Bárbara 03 de Septiembre año 2021

Recibo por Lps **11,623.02**

Yo Deysi Argentina Orellana Mejía Identidad N°1617-1990-00369 Residente en barrio San Cristóbal recibí de la municipalidad de Protección la Cantidad de Once Mil Seiscientos Veintitrés Con Dos Centavo (**11,623.02**) Subsidio de Salud, pago de Auxiliar de enfermería para la prestación de Servicio de Salud de atención primaria en el municipio de Protección, Santa Bárbara, Emergencia Covid-19, Correspondiente al mes de Agosto (Centro de estabilización Covid-19.

Para constancia firmo el presente recibo a los 03 días del mes de Septiembre año 2021.



Deysi Argentina Orellana Mejía

1617-1990-00369

Recibe

**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**





PLANILLA DE PAGO PERSONAL ASISTENCIAL
MUNICIPALIDAD: Protección, S.B Correspondiente al mes de agosto de 2021
Unidad Ejecutora: Alcaldía Municipal Año 2021
Proyecto: EMERGENCIA COVID-19 OPERACIÓN FUERZA HONDURAS



Nombres y Apellidos	Cargo	Documento Per. Identidad	# de Solvencia Municipal	Fecha de inicio	Tiempo Trabajado			Total Devengado	ISR	TOTAL	# Cuenta Bancaria BANPAIS	Fecha de Pago	Firma
					Desde	Hasta	Total						
DEYSI ARGENTINA ORELLANA MEJIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	1617-1990-00369	470269	1/8/2021	1-ago.	31-ago	30	L. 11,623.02	L. 0.00	L. 11,623.02	210800125584	3/9/2021	
TOTAL								L. 11,623.02	L. 0.00	L. 11,623.02			

HAGO CONSTAR QUE: Esta planilla es correcta, y justa y que los servicios que en ella se expresan, han sido prestados por las personas asignada a los cargos descritos.

LUGAR Y FECHA DE ELABORACION : Protección, Santa Barbara, 21 de agosto de 2021



Aprobado

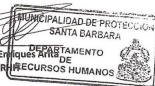
Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal

Revisado por

Lic. Fanny Elizabeth Espinal Rivera
Coordinadora de la red

Preparado por:

Bonarques Erasmo Enrique Ariza
Jefe de RRHH





PROTECCIÓN, SANTA
BARBARA
EJERCICIO: 2021
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 03/09/2021
Hora : 03:55 p.m.
USUARIO: WUILMER.FUENTES

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 3144

L.: 5,531.46

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2429

Fecha de Emisión: 3/9/2021

No.Cheque/Nota de Débito: 00002726

Pague a: SANDRA ELIZABETH ENAMORADO RODRIGUEZ

Id/RTN: 1617198400134

La Cantidad en Letras: CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN CON CUARENTA Y SEIS CENTAVOS

Descripción:

Subsidio Salud, aseadora de la Sala de Estabilización Covid-19, ubicado en el Centro Social Rolando Dubón Bueso, Bo. El Centro Protección S.B. 2021.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 003 000 54200 11-011-08	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	5,531.46

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-011-08	TRANSFERENCIA COVID-19, OPERACIÓN FUERZA HONDURAS	5,531.46
Monto Total:		5,531.46

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	5,531.46
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	5,531.46

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

Recibido por: Sandra Elizabeth Enamorado
Identidad No.: 1617-1984-00734

0s+jsf9JmICbptTj1r3tahrsmJC3XwfoIZZFmfSubQvXuZysSKIB+w/xr90tWIPi/PheqBlumW06EbY43rzZFkXoKx+DZmmAJC/GTf5b3GXvzTx8UM5IEAOY/ID8a9U4U9AU/z7gayukoPowQefjgx1HFTM6PuufAXNCTLKW+JRqo Bw==

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



03/09/2021 03:55:18 p.m



Municipalidad De
Protección, Santa Bárbara
HONDURAS C.A.
R.T.N. 6179993439040



Protección Santa Bárbara 03 de Septiembre año 2021

Recibo por Lps 5,531.46

Yo Sandra Elizabeth Enamorado Rodriguez 1617-1984-0134
Residente en Protección Santa Bárbara Recibí de la Municipalidad
Protección S.B Cantidad de Cinco Mil Quinientos Treinta Y un Con
Cuarenta Y seis Centavos Lempiras Exactos (5,531.46) Subsidio
salud, aseadora de la sala de estabilización Covid-19, Ubicado en el
Centro Social Rolando Dubon Bueso.Bo Centro Proteccion S.B

Para constancia firmo el presente recibo a los 03 días del mes de
Septiembre año 2021.

Sandra Elizabeth Enamorado

Sandra Elizabeth Enamorado Rodriguez

1617-1984-0134

Recibe



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

SANDRA ELIZABETH / ENAMORADO RODRIGUEZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIÓ EL: 27 MARZO 1984
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 06 JUNIO 2018

1617-1984-00134


10293988-05

**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**



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


DIRECTOR RNP



SOLICITADA EN 1617
SANDRA ELIZABETH / ENAMORADO RODRIGUEZ
1617-1984-00134



ALCALDIA MUNICIPAL
PROTECCION SANTA BARBARA

Cuenta N.º: 01-080-000265-0

CHEQUE No. 00002726

Lugar y Fecha

SANDRA ELIZABETH ENAMORADO RODRIGUEZ

L

Páguese a la orden de

CINCUENTA MIL CINCUENTOS TREINTA Y UN CIENTO CUARENTA Y DOS CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Firma(s)

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Subsidio Salud, necesario de la Sala de Fertilización Covid-19, ubicado en el Centro Social Rotario, Duplica Bono, Bo. El Centro Rotario, C.R. 2021.

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	PAGO DE Subsidio Salud, necesario de la Sala de Fertilización Covid-19, ubicado en el Centro Social Rotario, Duplica Bono, Bo. El Centro Rotario, C.R. 2021.		53146	

CHEQUE No. 00002726

BALANCE

HECHO POR

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME





PLANILLA DE PAGO PERSONAL DE ASEO
MUNICIPALIDAD: Protección, S.B Correspondiente al mes de agosto de 2021
Unidad Ejecutora: Alcaldía Municipal Año 2021
Proyecto: EMERGENCIA COVID-19 OPERACIÓN FUERZA HONDURAS



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



Nombres y Apellidos	Cargo	Documento Per. Identidad	# de Solvencia Municipal	Fecha de inicio	Tiempo Trabajado			Total Devengado	ISR	TOTAL	# CHEQUE BANPAIS	Fecha de Pago	Firma
					Desde	Hasta	Total						
Sandra Elizabeth Enamorado Rodriguez	Aseadora	1617-1984-00134		1/8/2021	1-ago.	31-ago	30	L. 5,531.46	L. 0.00	L. 5,531.46	2726	3/9/2021	Sandra Enamorado
TOTAL								L. 5,531.46	L. 0.00	L. 5,531.46			

HAGO CONSTAR QUE: Esta planilla es correcta, y justa y que los servicios que en ella se expresan, han sido prestados por las personas asignada a los cargos descritos.

LUGAR Y FECHA DE ELABORACION : Protección, Santa Barbara, 21 de agosto de 2021



Aprobado

Teresa Sarmiento Casallero
Alcaldesa Municipal



Revisado por:

Lic. Fanny Elizabeth Espinal Rivera
Coordinadora de la red



Preparado por:

Bosnerges Ernesto Espinal Ariza
Jefe de RRHH DE RECURSOS HUMANOS



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD



ALCALDIA MUNICIPAL, PROTECCION SANTA BARBARA

Email: municipalidad1617@yahoo.es

TEL.: 2625 - 2903, HONDURAS C.A.

RTN: 1617 9995 439040



CONSTANCIA DE PROCESO DE VEEDURÍA

En cumplimiento a lo establecido en el Artículo 7 del Decreto ejecutivo PCM-061-2020 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 35,311 de fecha 12 de julio de 2020, se establece que "Las Municipalidades implementaran el proceso de veeduría social, de acuerdo con los mecanismos existentes en cada uno de los municipios, con el propósito de asegurar el manejo transparente de los recursos, tales como la Comisionada Municipal de Transparencia, Comisión Ciudadanas de Transparencia (CCT), CODEM, , Auditoria Interna Municipal, iglesias y otras organizaciones civiles presentes en el territorio Municipal; acreditándose este extremo en las Actas Correspondientes relacionadas con el procesos de veeduría"

Por medio de la presente **HACEMOS CONSTAR QUE**; durante los procesos administrativos que ha realizado la Municipalidad de Protección, Departamento de Santa Bárbara, en la ejecución de los fondos asignados para la **Operación Fuerza Honduras**, hemos participado en:

N°	ACTIVIDAD	CONTRATACIONES
1._	Recepción, Evaluación y adjudicación de contratos por servicios profesionales para el CENTRO DE ESTABILIZACIÓN COVID-19	Talento Humano (Personal de Salud y otros)

Y para CONSTANCIA firmamos la presente a los 30 días del mes de abril de 2021 en el Municipio de Protección Santa Bárbara



Mirra Dinora Rivas
Mirra Dinora Rivas
Comisionada Municipal



Eduin Roberto Chaves
Eduin Roberto Chaves
Presidente de la CCT



Wilder Alexander Cañas López
Wilder Alexander Cañas López
Representante del CODEM

Enemila Lazo
Lic. Enemila Lazo Argueta
Coordinadora de RED de salud



Erlinda Ramos
Erlinda Ramos
Representante de Iglesia

Silvia Elizabet Guillen
Silvia Elizabet Guillen
Auditor Interno Municipal
(Observador)



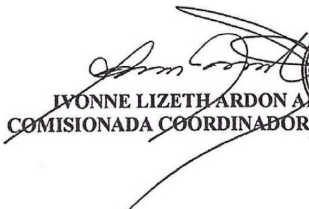
MARCO DE OPERACIÓN FUERZA HONDURAS



CONSTANCIA

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

Firmo la presente a los veintiséis (26) días del mes de octubre del año dos mil veintiuno (2021).



IVONNE LIZETH ARDON ANDINO
COMISIONADA COORDINADORA DE AREA

**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**





ALCALDIA MUNICIPAL, PROTECCION SANTA BARBARA

Email: municipalidad1617@yahoo.es

TEL.: 2625 - 2903, HONDURAS C.A.

RTN: 1617 9995 439040



RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento de trabajo y segundo informe de liquidación de fondos en el marco de la emergencia sanitaria COVID-19 Operación Fuerza Honduras, damos a conocer la ejecución de los fondos recibidos a través del decreto **PCM 117-2020, transferencia COVID – 19, mediante MEMORANDUM GA-NO-035-2021 y MEMORANDUM GA-NO-286-202**, por un monto de L 134,505.00.

Los fondos anteriormente mencionados sirvieron para disminuir la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, que estalló brusca y repentinamente a principios de año, se logró fortalecer el área de recursos humanos con la contratación del personal necesario para el desarrollo de actividades de prevención, detección y seguimiento de los casos existentes de COVID-19 con esto se disminuyó la propagación acelerada de pandemia a nivel municipal.

Sin duda alguna la llegada del coronavirus planteó, precisamente, el primero de una larga lista de retos y dificultades, tales como la gestión a corto plazo de los efectos de la pandemia. Gracias a la estrategia plantea por el gobierno central con el proyecto **OPERACIÓN FUERZA HONDURAS** en marco de la emergencia sanitaria COVID-19, se logró fortalecer los retos y dificultades presentes en el Gobierno Local, dando seguimiento al funcionamiento del Centro de Estabilización el cual ha sido siempre de suma utilidad para la atención primaria de salud en nuestro municipio.

Se han tomado las medidas necesarias, para prevenir y contrarrestar esta pandemia que nos ha afectado a nivel de país, evitando su proliferación. Mediante atención médica oportuna a personas sospechosos de infección por SARS-CoV-2 que acuden al centro de estabilización, visitas domiciliarias a pacientes positivos por SARS-CoV-2, Realización de las diferentes pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 en centro de estabilización y las diferentes comunidades del municipio, Rastreo en busca de pacientes sospechosos en los barrios y comunidades donde hay mayor incidencia de casos positivos por SARS-CoV-2, vacunación a grupos poblacionales con mayor riesgo de presentar una forma grave de la enfermedad, educación continua a la población general sobre cuando acudir a consulta médica y sobre el uso correcto de todas las medidas de bioseguridad.



Teresa Sarmiento Caballero
Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal
Protección, Santa Bárbara



MARCO DE OPERACIÓN FUERZA HONDURAS



PERFIL "OPERACIÓN FUERZA HONDURAS"

Nombre del proyecto:

OPERACIÓN FUERZA HONDURAS

Finalidad del proyecto:

APOYAR CON SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE PROTECCIÓN, SANTA BARBARA CON EL PROPOSITO DE REALIZAR ACCIONES DE PREVENCIÓN Y BRINDAR ATENCION TEMPRANA, Y DE CALIDAD A TODA LA POBLACIÓN AFECTADA POR LA PANDEMIA DEL COVID-19.

Ubicación:

MUNICIPIO DE PROTECCIÓN, DEPARTAMENTO DE SANTA
BÁRBARA

Financiado por:

EL GOBIERNO DE HONDURAS

Monto total:

L. 134,505.00

Fecha de inicio:

22 DE ABRIL DEL 2021

Duración:

4 MESES





ALCALDIA MUNICIPAL, PROTECCION SANTA BARBARA

Email: municipalidad1617@yahoo.es

TEL.: 2625 - 2903, HONDURAS C.A.

RTN: 1617 9995 439040



**PRESUPUESTO ASIGNADO: CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL,
QUINIENTOS CINCO EXACTOS (134,505.00)**

El presupuesto de Operación FUERZA HONDURAS está distribuido de la siguiente
forma:

RESUMEN DE COSTOS

No.	GASTO	COSTO L.
	<u>RECURSO HUMANO</u>	
1	ENFERMERIA	L 11,623.02
2	MEDICO	L 117,350.52
3	ASEO	L 5,531.46
	TOTAL	L 134,505.00



Teresa Sarmiento Caballero
Alcaldesa Municipal
Protección Santa Bárbara



Glenda Maribel Herrera Rivera
Tesorera Municipal
Protección Santa Bárbara

**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**





Municipalidad De
Protección, Santa Bárbara
HONDURAS C.A.
R.T.N. 16179995489040



CONSTANCIA

La Infrascrita Secretaria Municipal del Municipio de Protección Departamento de Santa Bárbara **CERTIFICA:** Que toda la Documentación que acompaña al **Informe Ejecutivo de Liquidación de Fondos, en el marco de la Operación Fuerza Honduras COVID-19** es conforme a su original.

Para constancia se firma la presente en el Municipio de Protección, Santa Bárbara a los veintinueve días del mes de octubre del año 2021.




Keren Rosybel Orellana Santos
Secretaria Municipal



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

UNIDAD ESTABILIZADORA DE PACIENTES POSITIVOS
POR COVID-19
PROTECCIÓN SANTA BÁRBARA.

INFORME SOBRE SITUACION ACTUAL DE COVID-19

ENCARGADOS:

DR. CARMEN MADRID CHÁVEZ.

A.E. DEYSI ARGENTINA ORELLANA MEJIA

PERIODO COMPRENDIDO DESDE ABRIL A AGOSTO.



INTRODUCCIÓN

El presente informe contiene una serie de datos recolectados durante el mes de Abril al mes de Agosto del presente año, en el cual se reúne información sobre la situación de la pandemia que afecta a nuestro país, específicamente a nuestro municipio.

Además se exponen algunas limitantes que hemos tenido para dar una respuesta más efectiva a la pandemia en este municipio y sus aldeas.

Finalmente se realiza un resumen de las actividades realizadas durante este periodo de tiempo, pruebas realizadas, seguimiento de pacientes, etc.



OBJETIVOS GENERALES

- ❖ Exponer la situación actual que atraviesa el municipio en tema de la pandemia.
- ❖ Identificar las zonas del municipio con mayor número de casos positivos por COVID-19 y crear nuevas estrategias para el manejo de pacientes ya contagiados, así como también evitar más contagios en el municipio.



Actividades Realizadas:

- ❖ Atención médica oportuna a personas sospechosos de infección por SARS-CoV-2 que acuden al centro de estabilización.
- ❖ Visitas domiciliarias a pacientes positivos por SARS-CoV-2.
- ❖ Realización de las diferentes pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 en centro de estabilización y las diferentes comunidades del municipio.
- ❖ Seguimiento telefónico a pacientes que fueron evaluados en las visitas realizadas, a los cuales se les da manejo domiciliario debido a la etapa y severidad de la enfermedad.
- ❖ Rastreo en busca de pacientes sospechosos de presentar COVID-19 en los barrios y comunidades donde hay mayor incidencia de casos positivos por SARS-CoV-2.
- ❖ Reunión con autoridades Municipales para llegar a un acuerdo sobre el cierre temporal de iglesias y negocios en el municipio y sus comunidades, así como también extremar el uso de todas las medidas de bioseguridad en las unidades de transporte.
- ❖ Vacunación a grupos poblacionales con mayor riesgo de presentar una forma grave de la enfermedad.
- ❖ Educación continua a la población general sobre cuando acudir a consulta médica y sobre el uso correcto de todas las medidas de bioseguridad.



LIMITANTE

- ❖ La principal limitante con la que se cuenta en el municipio para detección y seguimiento de la enfermedad por SARS-CoV-2 es el poco cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

Además de la poca colaboración de la población con el equipo médico y la falta de afluencia de personas a la unidad de salud por temor y falta de educación sobre la enfermedad.



**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**



ATENCIONES DEL MES DE ABRIL

Tipo de Atenciones	Cantidad de Atenciones
Consultas Nuevas	40
Consultas Subsiguientes	10
Total de Atenciones	50

ATENCIONES DEL MES DE MAYO

Tipo de Atenciones	Cantidad de Atenciones
Consultas Nuevas	63
Consultas Subsiguientes	34
Total de Atenciones	97

ATENCIONES DEL MES DE JUNIO

Tipo de Atenciones	Cantidad de Atenciones
Consultas Nuevas	8
Consultas Subsiguientes	29
Total de Atenciones	37



ATENCIONES DEL MES DE JULIO

Tipo de Atenciones	Cantidad de Atenciones
Consultas Nuevas	4
Consultas Subsiguientes	14
Total de Atenciones	18

ATENCIONES DEL MES DE AGOSTO

Tipo de Atenciones	Cantidad de Atenciones
Consultas Nuevas	30
Consultas Subsiguientes	12
Total de Atenciones	42



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



ANEXOS



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



Abril

Zona Atendida	Total Atenciones	Pruebas Realizadas	Positivas	Negativas	Maizpack Entregados	Pacientes con Comorbilidad
Barrio San Cristóbal	23	20	10	10	10	4
Barrio Edén	8	8	5	3	5	1
Barrio el Calvario	4	4	3	1	3	0
Barrio Nuevo	4	4	4	0	4	1
Barrio el Centro	1	1	1	0	1	0
Buenos Aires	2	2	1	1	1	0
Las Naranjas	2	2	0	2	0	0
Las Delicias	1	1	1	0	1	1
La Laguna	1	1	1	0	1	1
Nuevo Porvenir	1	1	1	0	1	0
La Libertad	3	3	2	1	2	1
TOTAL	50	47	29	18	29	9



COPIA FIEL
A SU ORIGINAL



Mayo

Zona Atendida	Total Atenciones	Pruebas Realizadas	Positivas	Negativas	Maizpack Entregados	Pacientes con Comorbilidad
Barrio San Cristóbal	23	23	17	6	17	5
Barrio El Centro	15	15	10	5	10	3
La Libertad	14	13	9	4	9	2
Barrio Edén	12	12	7	5	7	1
El Encanto	5	5	0	5	0	0
La Laguna	5	4	2	2	2	0
Las Vueltas	4	4	0	4	0	0
Nuevo Porvenir	4	4	3	1	3	0
Barrio Nuevo	3	3	2	1	2	0
Barrio El Calvario	2	2	1	1	1	0
El Chile	2	2	0	2	0	0
El Campanario	2	2	1	1	1	1
Corralitos	2	2	1	1	1	0
Barrio Tejas	1	1	1	0	1	0
Crucitas	1	1	1	0	1	0
Nuevos Horizontes	1	1	1	0	1	0
Monte la Virgen	1	1	1	0	1	1
TOTAL	97	95	57	38	57	13



**COPIA FIEL
A SU ORIGINAL**



Junio

Zona Atendida	Total Atenciones	Pruebas Realizadas	Positivas	Negativas	Maizpack Entregados	Pacientes con Comorbilidad
La Libertad	13	8	5	3	5	0
Nuevos Horizontes	9	9	6	3	6	1
Barrio nuevo	6	5	3	2	3	0
La Tendida	3	3	3	0	3	0
La Loma	3	3	2	1	2	1
El Zarzal	1	1	0	1	0	0
La Laguna	1	1	1	0	1	0
Barrio el Calvario	1	1	1	0	1	0
TOTAL	37	31	21	10	21	2



Julio

Zona Atendida	Total Atenciones	Pruebas Realizadas	Positivas	Negativas	Maizpack Entregados	Pacientes con Comorbilidad
Nuevos Horizontes	6	0	0	0	0	1
Barrio nuevo	1	1	1	0	0	0
Barrio El Edén	1	1	0	1	0	0
Las Vueltas	9	1	1	0	1	0
Barrio San Cristóbal	1	1	1	0	1	0
TOTAL	18	4	3	1	2	1



COPIA FIEL
A CUL GUSTINAL



Agosto

Zona Atendida	Total Atenciones	Pruebas Realizadas	Positivas	Negativas	Maizpack Entregados	Pacientes con Comorbilidad
La Loma	10	8	6	2	6	1
El Ocote	6	2	2	0	2	1
Barrio nuevo	6	3	3	0	3	0
Buenos Aires	4	4	3	1	3	0
Barrio San Cristóbal	3	3	2	1	2	1
El Triunfo	3	3	1	2	1	0
Barrio Edén	2	1	1	0	1	0
El Peñasco	2	1	0	1	0	0
Barrio Tejas	1	1	1	0	1	0
Barrio Centro	1	1	0	1	0	0
Corralitos	1	1	0	1	0	1
Monte la Virgen	1	1	0	1	0	0
Tres Cruces	1	1	0	1	0	0
El Chile	1	1	1	0	1	0
TOTAL	42	31	20	11	20	4

[Handwritten signature]


Dr. Carmen Madrid Chávez
Medico asistencial
Centro de Estabilización COVID-19

COPIA FIEL
A SU ORIGINAL

