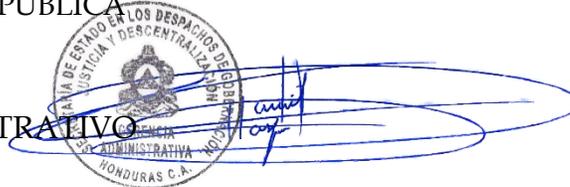


**MEMORANDO GA-No. 043-2022**

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

**DE:** CARLOS HAWIT  
GERENTE ADMINISTRATIVO



**ASUNTO:** REMISIÓN DE LIQUIDACIONES PARA PUBLICACIÓN

**FECHA:** 25 DE ENERO DE 2022.

En cumplimiento al Artículo 246 de Decreto Legislativo No. 107-2021 publicado en el Diario Oficial La Gaceta No. 35,800; Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la Republica Ejercicio Fiscal 2022, se remite para su publicación la fotocopia de la liquidación presentada por las Municipalidades que se describen a continuación:

Nombre de la Alcaldía Municipal	Monto
1. SAN RAFAEL, LEMPIRA	L. 83,724.00 (OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO LEMPIRAS EXACTOS)
2. NUEVA CELILAC, SANTA BÁRBARA	L. 79,614.00 (SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CATORCE LEMPIRAS EXACTOS)

Atentamente,

## CONSTANCIA

La suscrita Comisionada Msc. **IVONNE LIZETH ARDON ANDINO** por medio de la presente **HACE CONSTAR:** Que la **ALCALDÍA MUNICIPAL DE NUEVA CELILAC, 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 **TERCER DESEMBOLSO**, dicho informe se encuentra en el Portal Único de Transparencia, del Instituto de Acceso a la Información Pública.

Firmo la presente a los diez (10) días del mes de enero del año dos mil veintidós (2022).

  
**IVONNE LIZETH ARDON ANDINO**  
**COMISIONADA COORDINADORA DE ÁREA**



SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN,  
JUSTICIA Y DESCENTRALIZACIÓN

LIQUIDACION FUERZA HONDURAS I

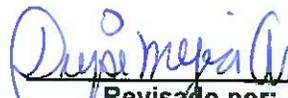
Comprobante N° 10 PCM 040-2021

N°	COD. SEFIN	DEPARTAMENTO	MUNICIPALIDAD	REQUERIMIENTOS GENERALES	CUMPLE	NO CUMPLE
20/1/2022	2615	SANTA BARBARA	NUEVA CELILAC F-01 L79,614.00 JUNIO 2021	MONTO DE ACUERDO A F-01	X	
				FOLIO	X	
				SI ES DIGITAL (CERTIFICADA)		
				LINEAMIENTOS		
				PLAN DE COMPRAS Y CONTRATACION	X	
				RECIBO DE LA TESORERIA	X	
				SOLICITUD DE REQUERIMIENTOS		N/A
				ORDENES DE COMPRA		N/A
				FACTURACION CAI		N/A
				ACTA DE RECEPCION		N/A
				CUADRO RESUMEN DE INVENTARIO		N/A
				PLANILLAS	X	
				ACTA DE VEEDURIA SOCIAL	X	
				CONSTANCIA IAIP	X	
				INFORME EJECUTIVO	X	
				OTRAS OBSERVACIONES		
DOCUMENTACION LEGIBLE	X					
GASTOS EN EL MARCO DEL COMBATE Y PREVENCION DEL COVID-19 INCLUYENDO EQUIPO, INSUMOS, INDUMENTARIA A EXCEPCION DE MEDICAMENTOS	X					

OBSERVACIONES:

\*\*\*\*\*SUBSANADA\*\*\*\*\*

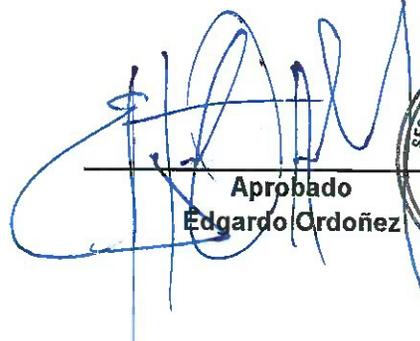
Revisado por:  
Deysi Mejia Andino




Coordinadora de Equipo  
Lic. Ivonne Quintanilla




Aprobado  
Edgardo Ordoñez




Nuevo Celilac

SANTA BARBARA

LIQUIDACION DE  
FONDOS DE  
TRANSFERENCIA  
OPERACIÓN FUEZA  
HONDURAS TERCER  
DESEMBOLSO, 29 DE  
SEPTIEMBRE DEL 2021

21

de

de

de

de

de

de

1888

Honduras, C.A



*Jose Fa Mateo Rivera*  
Jose Fa Mateo Rivera

01



SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN  
JUSTICIA Y DESCENTRALIZACIÓN



MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELILAC  
OPERACIÓN FUERZA HONDURAS  
PLAN DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

Nº	NOMBRE DEL CONTRATADO	DESCRIPCION DE LA COMPRA/CONTRATACION	MES DE COMPRA/CONTRATACION	TIPO DE COMPRA/CONTRATACION	MODALIDAD DE CONTRATACION/COMPRA	VALOR DE LA COMPRA/CONTRATACION
1	ANA CRISTINA ENAMORADO AGULAR	PAGO DE UN MES DE TRABAJO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL DEL EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA, OPERACION FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID19, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07 DE JULIO AL 07 DE AGOSTO DEL 2021, SEGUN CONTRATO ADJUNTO.	JULIO	POR CONTRATO	DIRECTA	29,337.63
2	ANA CRISTINA ENAMORADO AGULAR	PAGO DE UN MES DE TRABAJO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL DEL EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA, OPERACION FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID19, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07 DE AGOSTO AL 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2021, SEGUN CONTRATO ADJUNTO.	AGOSTO	POR CONTRATO	DIRECTA	29,337.63
TOTALES						L. 58,675.26

Cristian Josue Rodriguez Interiano  
Tesorero Municipal



MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
ES CONFORME  
A SU ORIGINAL  
Maria Josefa Mateo Rivera

02



REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL  
Nuevo Celilac, Santa Bárbara

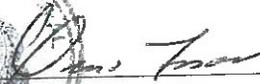
Frente al parque central, Depto. De Santa Bárbara, Honduras, C.A.  
Telefax (504) 2664-40-19  
e-mail: [municelilac@hotmail.com](mailto:municelilac@hotmail.com)

POR LPS. 79,614.00

RECIBI DE LA TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA DE HONDURAS CON RTN. N°  
08011995295576, CANTIDAD DE SETENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CATORCE LEMPIRAS  
VALOR QUE CORRESPONDE PARA LA OPERACIÓN FUERZA HONDURAS.

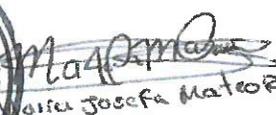
NUEVO CELILAC, SANTA BARBARA 29 DE JUNIO DEL AÑO 2021.



  
Teodolinda Anderson Mejia  
Alcaldesa Municipal

  
Cristian Josué Rodríguez Interiano  
Tesorero Municipal



  
Maria Josefa Mateo Rivera

03

**CUADRO RESUMEN DE EJECUCION DEL TERCER DESEMBOLSO PROGRAMA FUERZA HONDURAS**

**11-209-000479-5**

FECHA	No. CK, N/D, N/C, DEP	No. O/P	OBJETO DEL GASTO	BENEFICIARIO	DESCRIPCION	DEPOSITOS	EGRESOS	SALDO	
	SALDO INICIAL							79,814.00	
#####	7524	23466	54200	ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR	PAGO DE UN MES DE TRABAJO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL DEL EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA, OPERACION FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID19, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07 DE JULIO AL 07 DE AGOSTO DEL 2021, SEGUN CONTRATO ADJUNTO.	00-3026	25,670.43	53,943.57	
#####	7599	23545	54200	ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR	PAGO DE UN MES DE TRABAJO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL DEL EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA, OPERACION FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID19, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07 DE AGOSTO AL 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2021, SEGUN CONTRATO ADJUNTO.	00-3082	25,670.43	28,273.14	
0	0	0	0	SERVICIO DE ADMINISTRACION DE RENTAS	PAGO DE RETENCIONES POR SUELDO RECIBIDO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL CORRESPONDIENTE A DOS MESE DE TRABAJO EN LA EMERGENCIA DEL COVID-19 MEDIANTE LA OPERACIÓN FUERZA HONDURAS, RECIBIENDO UN SUELDO DE LPS. 29,337.63 MENSUAL	0	7,334.40	20,938.74	
<b>TOTAL</b>								58,675.26	20,938.74

  
 MAYNOR ADALID AGUILAR INTERIANO  
 CONTADOR MUNICIPAL

  
 MARIA JOSEFA CELALA MATEO RIVERA  
 ES CONFORME A SU ORIGINAL  
 SECRETARIA

Josefa Mateo Rivera  
 04



ALCALDÍA MUNICIPAL  
NUEVO CELILAC

NUEVO CELILAC, S.B., HONDURAS, C.A.  
TELÉFAX: (504) 209-8719  
Email: municipal@hcmn.com



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DE HONDURAS

CHEQUE No. 00007599

NUEVO CELILAC

2 de septiembre de 2021

Cuenta N.º: 11-209-000479-5

Lugar y Fecha

ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR

L 25,670.43

Páguese a la orden de

VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras

**Banco de Occidente, S.A.**

Banco de Occidente, S.A.

Firma (s)

957000057400902140027092102

PAGO DE PAGO DE UN MES DE TRABAJO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL DEL EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA, OPERACION FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID-19, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07 DE AGOSTO AL 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2021, SEGUN CONTRATO ADJUNTO.

7599

6699

0801198802170

11-209-000479-5

25,670.43

ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR

ELABORADO POR

AUTORIZADO POR

AUTORIZADO POR

CHEQUE N.º

RECIBÍ CONFORME

NOMBRE

FIRMA

N.º DE IDENTIDAD

N.º SOLVENCIA

00007599

Ana Cristina Enamorado

0801198802170

05





NUEVO CELILAC, SANTA BARBARA  
EJERCICIO: 2021  
**Orden de Pago**  
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 02/09/2021  
Hora : 10:28 a.m.  
USUARIO: JH.CARDONA

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 23545  
L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 6699

Fecha de Emisión: 2/9/2021

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR

Id/RTN: 0801198802170

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

PAGO DE UN MES DE TRABAJO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL DEL EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA, OPERACION FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID-19, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07 DE AGOSTO AL 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2021, SEGUN CONTRATO ADJUNTO.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 004 000 54200 11-011-06	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	29,337.63

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
202	RETENCION DE ISR	3,667.20
<b>Total de retenciones:</b>		<b>3,667.20</b>

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
11-011-06	EMERGENCIA COVID-19	29,337.63
<b>Monto Total:</b>		<b>29,337.63</b>

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		MONTO
SUBTOTAL		29,337.63
- RETENCIONES		3,667.20
<b>TOTAL</b>		<b>25,670.43</b>

Firma y Sello de Presupuesto:

Firma y Sello de Alcalde (sa):

Firma y Sello de Tesorería:

Recibido por: Ana Cristina Enamorado  
Identidad No.: 0801-1988-02170

0e+e/a/SJm dxqsbdeH+SPa9oMDbnVUD3Cvq6gRIEmDxYDGEIEQplsCIBWUSI8bpDdZzqCltwkwq7YcfacZ70Euhjxd/XQv9Nzpk/rv8NleJHyg1YSmNWOPtoTVn  
6Ezoz5kDjdt+Aq3Ccz931aNT84v7jbrE0m49RBMxg=

MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELILAC  
MARIA JOSE MATEO RIVERA  
ES CONFORME A SU ORIGINAL  
Josefa Mateo Rivera  
06



SECRETARÍA DE GOBIERNO Y  
SERVICIOS DE INTERCOMUNICACION



Municipalidad de Nuevo Celilac , Santa Barbara  
PLANILLA DE TRIAJE MUNICIPAL

N°	NOMBRE	CARGO	DOCUMENTOS PERSONALES	TIEMPO TRABAJADO		SUELDO DEVENGADO	RETENCION 12.5%	TOTAL A PAGAR	FIRMA	FECHA DE PAGO
			IDENTIDAD	DESDE	HASTA					
1	ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR	Medico General Y coordinadora del equipo de repuesta rapida	0801-1988-02170	07/08/2021	07/09/2021	L. 29,337.63	L. 3,667.20	L. 25,670.43		02/09/2021
						L. 29,337.63	L. 3,667.20	L. 25,670.43		

HAGO CONSTAR: Que esta planilla es correcta y justa que los servicios que en ella se expresan han sido prestados por las personas contratadas.  
APROBADA.

ALCALDESA MUNICIPAL

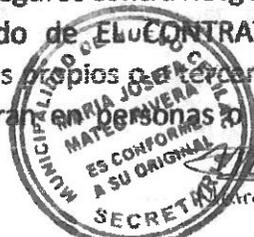
TESORERO MUNICIPAL

MARIA MATE  
MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELILAC

## CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, Teodolinda Anderson Mejía con Numero de identidad 0318-1961-00039, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Nuevo Celilac quien en lo sucesivo se denominará EL CONTRATANTE y Ana Cristina Enamorado Aguilar, con número de identidad 0801-1988-02170, celular (504) 8850-1431, quien para los mismos efectos en adelante se denominará EL CONTRATADO hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

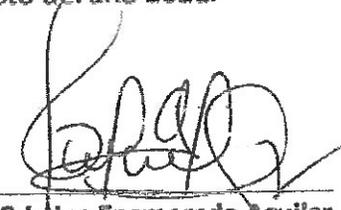
**CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS:** EL CONTRATANTE declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios de Medico General EL CONTRATADO quien se compromete a laborar como: Medico General quien tendrá su sede en el Municipio de Nuevo Celilac, CENTRO DE TRIAGE BRIGADA MEDICA. **CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS:** EL CONTRATADO se compromete a ejecutar las funciones siguientes: Coordinar equipo, organizar las actividades en base a planificación para resultados semanales, pesquisar otro tipo de enfermedades que amenacen a las comunidades organizar población en grupos de riesgos, obtener logísticas, promoción, prevención curación, rehabilitación. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo. **CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes CONTRATANTES, prestando EL CONTRATADO, sus servicios de Medico General; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho CONTRATO, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para EL CONTRATANTE. **CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO:** EL CONTRATANTE se compromete a pagar a EL CONTRATADO por los servicios prestados la cantidad de Veintinueve mil trescientos treinta y siete lempiras con sesenta y tres centavos (Lps. 29,337.63). El monto total de este CONTRATO será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras. **CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será de seis horas de lunes a viernes. **CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCIONES.** EL CONTRATADO autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta, la cantidad de 3,667.20 (tres mil seiscientos sesenta y siete lempiras con veinte centavos), **CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES:** Queda entendido y aceptado por las partes CONTRATANTES que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, EL CONTRATADO se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción judicial. EL CONTRATADO contratará y mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el período de EL CONTRATO. EL CONTRATANTE no asume ninguna responsabilidad por daños o perjuicios que sufran las personas o sus dependientes sufrieran o infringieran en sus



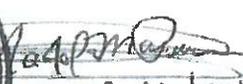
Anita Josefa Mateo Rivera  
08

bienes. **CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO.** EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito. **CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO.** Tanto EL CONTRATANTE como EL CONTRATADO aceptan las condiciones del presente CONTRATO y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de EL CONTRATO sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por los derivaciones de este CONTRATO. **CLÁUSULA DÉCIMA:** Todo lo no previsto en el presente CONTRATO y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país. **ACEPTACIÓN FINAL.** Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente CONTRATO, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos el presente CONTRATO en la Ciudad de Santa Barbará en el Municipio de Nuevo Celilac a los siete 07 días del mes de agosto del año 2021.

  
Teodolinda Anderson Mejía  
Alcaldesa Municipal  
Contratante

  
Ana Cristina Enamorado Aguilar  
Contratado

1

  
MARIA JOSEFA CELILAC  
MATEO RIVERA  
ES CONFORME  
A SU ORIGINAL  
SECRETARIA  
  
Josefa Mateo Rivera  
09



**Centro de estabilización y triaje municipal Nuevo  
Celilac**

**Informe producción correspondiente al mes de  
agosto del año 2021**

**Presentado por:**

**Dra. Ana Cristina Enamorado Aguilar  
Coordinadora triaje**

**Irvin Rolando Sorto  
Técnico microbiólogo**

**Nuevo Celilac, Santa Bárbara, Honduras**

**02 de septiembre del 2021**



*Maria Josefa Mateo Rivera*  
Maria Josefa Mateo Rivera  
109

## Introducción

Durante el mes de agosto aumento el número de consultas en el triaje municipal, el cual cuenta con dos tipos de pruebas. 1 diagnóstica y 1 pronostica las cuales son:

1. Hisopado de antígeno de superficie sars cov-2.
2. Pruebas rápidas sars cov-2.

Próximamente el triaje contara con PCRrt, los 5 días laborables de la semana, cuya prueba es el oro en el diagnóstico de la COVID 19.

Recibimos donaciones de 3 camas de ingreso hospitalario por parte de CHILDFOUND Y ADASBA.

Recibimos donaciones de insumos de desinfección por parte de USAID, al igual que equipos de protección personal y un descartador de agujas.

Recibimos por parte de la municipalidad de nuevo Celilac escoba, trapeador, basurero.

La demanda de pacientes en el triaje ha incrementado significativamente, a diario se ha atendido, en los días que no es porque se ha colaborado en la jornada de vacunación contra la COVID 19.

El día 18 de agosto del 2021, se realiza trabajo de campo en el capulín, transporte de Gerardo Caballero, contratado por la municipalidad, acompañándonos el equipo de vacunación del cesar de crucitas.

A continuación, se detallará la producción del mes.



Maria Josefa Mateo Rivera

10

fecha	total	masculino	femenino	AG-RDT		Prueba rápida	MAIZ	recuperados
Lunes 02/08/21	10	2	8	+0	-3	2 (IgM/IgG)	2	2 (julio)
Martes 03/08/21	2	1	1	+1	-1	1 IgM+	1	
Miércoles 04/08/21	11	4	8	+0	-1	IgM + 3 / -7	2	
Jueves 05/08/21	0	0	0	0	0	0	0	Supervisión vacunación en CIS 118 PTS
Viernes 06/08/2021	1	1	0	0	-1	0	0	Supervisión vacunación CIS 30 PTS

fecha	total	masculino	femenino	AG-RDT		Prueba rápida	MAIZ	recuperados
Lunes 09/08/21	3	2	1	+0	-2	1 IgM+ / 2 IgG+	1	
Martes 10/08/21	9	6	3	+0	-4	4 IgM+	0	
Miércoles 11/08/21	3	1	2	+0	-0	3 IgG+	0	Vacunación CIS 54 PACIENTES.
Jueves 12/08/21	1	1	0	0	-1	0	0	
Viernes 13/08/2021	0	0	0	0	0	0	0	Supervisión vacunación CIS 52 pacientes

fecha	total	masculino	femenino	AG-RDT		Prueba rápida	MAIZ	recuperados
Lunes 16/08/21	15	5	10	+1	-2	3 IgM+	2	
Martes 17/08/21	1	0	1	+0	-0	1-	0	
Miércoles 18/08/21	23	6	17	+0	-4	2 IgM + / 1 IgG+	2	Gira Capulin



Maria Josefa Mateo Rivera

12

Jueves 19/08/21	0	0	0	0	0	0	0	Supervisión vacunación CIS. 30 PTS
Viernes 20/08/2021	4	1	3	0	-4	0	0	

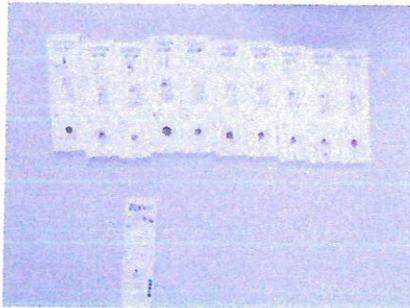
fecha	total	masculino	femenino	AG-RDT		Prueba rápida	MAIZ	recuperados
Lunes 23/08/21	4	2	2	+1	-3	2 IgG+	1	SUPERVISION VACUNACION EN CIS 59 PTS
Martes 24/08/21	2	1	1	+0	-1	1- / 1 IgG +	0	
Miércoles 25/08/21	15	1	14	+2	-0	0	2	
Jueves 26/08/21	5	0	5	+2	-3	1+ IgG/IgM	2	
Viernes 27/08/2021	5	3	2	+2	-1	-1	3	

fecha	total	masculino	femenino	AG-RDT		Prueba rápida	MAIZ	recuperados
Lunes 30/08/21	7	2	5	+0	-6	1 IgM+ / 2 IgG+ / 1-	4	
Martes 31/08/21	2	0	2	+0	-1	0	1	



Maria Josefa Mateo Rivera

# ANEXOS



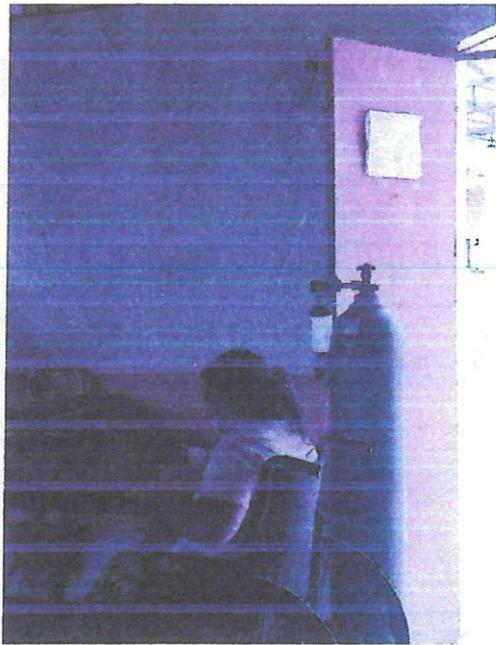
*Maria Josefa Mateo Rivera*  
14



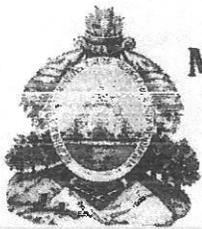
*Maria Josefa Mateo Rivera*  
Maria Josefa Mateo Rivera  
15



Josefa Mateo Rivera  
15



Maria Josefa Mateo Rivera  
17.



REPUBLICA DE HONDURAS  
MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELILAC, S. B.

R. T. N. 16159003435960  
NUEVO CELILAC, SANTA BARBARA,  
HONDURAS, C. A.

RECIBO No 003082

POR LPS. 25,670.43

Nuevo Celilac, S. B. 1 de Septiembre del 2021	
Recibi de: Municipalidad Nuevo Celilac.	
La Cantidad de: Veinticinco mil seiscientos setenta con cuarenta y tres céntimos Lempiras	
<b>POR CONCEPTO DE</b>	
1	Honorarios Médicos
2	
3	
4	
5	

IMP. SANTA BARBARA RTN. 06011565013770-100 Td- 0001 - 005,000 - 05/2016

0801-1988-02170

IDENTIDAD

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA

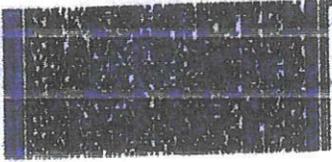


*[Handwritten Signature]*  
Josefa Mateo Rivera

18

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

*M. J. Mateo Rivera*  
DIRECTOR RANP.



SOLICITADA EN 0001

ANA CRISTINA / ENAMORADO AGUILAR  
0901-1988-02170

REPUBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
TARJETA DE IDENTIDAD

ANA CRISTINA / ENAMORADO AGUILAR



HONDURANA POR NACIMIENTO  
NACIO EL: 25 ENERO 1988  
SEXO: FEMENINO  
EMITIDA EL: 25 ENERO 2017



0901-1988-02170



1102320-00

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 100 del 5 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 269 del 18 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 26 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 68 del Decreto 22-07, Art. 30 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Previsión Social, Art. 27 del Decreto 94-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 3° Decreto de Ley N° 14 del 15 de Mayo de 1975 publicado en el Diario Oficial La Gaceta N° 20500 y el Reglamento de Prestación de Servicio Asesoría 45 publicado el 16 de Enero de 1973.

*M. J. Mateo Rivera*

Minister Director

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuérde su obligación de comunicar a la OMI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 48 numeral 9 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras.  
Número de Documento: D51-412-1787375 Transacción: 891244

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

RTN: 0901198802170

ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR  
Nombre o Razón Social

Inscripciones			
Ventas Selectivo	<input type="checkbox"/>	Productores Importadores de Cigarillos	<input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/>	Productores Alcoholes Licorosos	<input type="checkbox"/>
Exportador	<input type="checkbox"/>	Distribuidores Alcoholes Licorosos	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>	Importadores Alcoholes Licorosos	<input type="checkbox"/>
Prestamista	<input type="checkbox"/>		

Fecha de Emisión: 20160114

Colegio Médico de Honduras  
TARJETA DE IDENTIFICACION  
COLEGIADO N° 01-12022  
DOCTORA  
ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILA

Fecha de Graduación: 07-07-2014  
Fecha de Inscripción: 23-08-2016  
Tipo de Sangre: A(+)

*M. J. Mateo Rivera*  
Presidenta

*[Signature]*  
Secretaria



*Maria Josefa Mateo Rivera*  
19



ALCALDÍA MUNICIPAL  
NUEVO CELILAC

NUEVO CELILAC, S.B., HONDURAS, C.A.  
TELEFAX: (504) 2084-019  
Email: [municipal@nuevo-celilac.com](mailto:municipal@nuevo-celilac.com)



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DE HONDURAS

CHEQUE No. 00007524

NUEVO CELILAC

6 de agosto de 2021

Cuenta N.º: 11-209-000479-5

Lugar y Fecha

ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR

L 25,670.43

Páguese a la orden de

VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras

**Banco de Occidente. S.A.**

Banco de Occidente, S.A.

*[Signature]*

Firma (s)

00007524 11-209-000479-5

PAGO DE PAGO DE UN MES DE TRABAJO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL DEL EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA, OPERACION FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID-19, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07 DE JULIO AL 07 DE AGOSTO DEL 2021, SEGUN CONTRATO ADJUNTO.

7524

11-209-000479-5

6629

25,670.43

0801198802170

ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR

ELABORADO POR

AUTORIZADO POR

AUTORIZADO POR

CHEQUE N.º

RECIBÍ CONFORME

00007524

NOMBRE

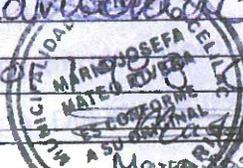
FIRMA

N.º DE IDENTIDAD

N.º SOLVENCIA

*Ana Cristina Enamorado*

0801198802170



MARCO JOSEFA CELILAC  
MATEO RIVERA

26  
MATEO JOSEFA MATEO RIVERA



NUEVO CELILAC, SANTA BARBARA  
 EJERCICIO: 2021  
**Orden de Pago**  
 Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 06/08/2021  
 Hora : 08:25 a.m.  
 USUARIO: JH.CARDONA

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 23466  
 L: 29,337.63

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 6629

Fecha de Emisión: 6/8/2021

No. Cheque/Nota de Debito: \_\_\_\_\_

Paguese a: ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR

Id/RTN: 0801198802170

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

PAGÓ DE UN MES DE TRABAJO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL DEL EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA, OPERACION FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID-19, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07 DE JULIO AL 07 DE AGOSTO DEL 2021, SEGUN CONTRATO ADJUNTO.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 004 000 54200 11-011-06	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	29,337.63

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
202	RETENCION DE ISR	3,667.20
<b>Total de retenciones:</b>		<b>3,667.20</b>

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-011-06	EMERGENCIA COVID-19	29,337.63
<b>Monto Total:</b>		<b>29,337.63</b>

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		MONTO
SUBTOTAL		29,337.63
- RETENCIONES		3,667.20
<b>TOTAL</b>		<b>25,670.43</b>

Firma y Sello de Presupuestoario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por:

Identidad No.: 0801-1988-02170

3s+isjBjmdxqsbdH+SPa9cMDbrVUD3Qvq6gRiEmDxYDGEIiQpIsCfDBWUS88pDdZZqOllWkwq7fCfacuzT0Euh/pd/X0VgN2pk7xv8NleJHyg1YSmNwOPjoTVn  
 Bzcc5kDjkkf+AQ3Ccz931aNT64v7jklE0m49RBMxg=

MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
 ES CONFORME A SU ORIGINAL  
 TAMP. Josefa Matedo Rivera



SECRETARIA DE GOBIERNO, JUSTICIA Y DECENTRALIZACION



Municipalidad de Nuevo Celilac, Santa Barbara  
PLANILLA DE TRIAJE MUNICIPAL

N°	NOMBRE	CARGO	DOCUMENTOS PERSONALES	TIEMPO TRABAJADO		SUELDO DEVENGADO	RETENCION 12.5%	TOTAL A PAGAR	FIRMA	FECHA DE PAGO
			IDENTIDAD	DESDE	HASTA					
1	ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR	Medico General Y coordinadora del equipo de repuesta rapida	0801-1988-02170	07/07/2021	07/08/2021	L. 29,337.63	L. 3,667.20	L. 25,670.43		06/08/2021
						L. 29,337.63	L. 3,667.20	L. 25,670.43		

HAGO CONSTAR: Que esta planilla es correcta y justa que los servicios que en ella se expresan han sido prestados por las personas contratadas.  
APROBADA.



ALCALDESA MUNICIPAL

TESORERO MUNICIPAL



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

Nosotros, Teodolinda Anderson Mejía con Numero de identidad 0318-1961-00039, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Nuevo Celilac quien en lo sucesivo se denominará EL CONTRATANTE y Ana Cristina Enamorado Aguilar, con número de identidad 0801-1988-02170, celular (504) 8850-1431, quien para los mismos efectos en adelante se denominará EL CONTRATADO hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

**CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS:** EL CONTRATANTE declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios de Médico General EL CONTRATADO quien se compromete a laborar como: Medico General quien tendrá su sede en el Municipio de Nuevo Celilac, CENTRO DE TRIAGE BRIGADA MEDICA. **CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS:** EL CONTRATADO se compromete a ejecutar las funciones siguientes: Coordinar equipo, organizar las actividades en base a planificación para resultados semanales, pesquisar otro tipo de enfermedades que amenacen a las comunidades organizar población en grupos de riesgos, obtener logísticas, promoción, prevención curación, rehabilitación. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo. **CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes CONTRATANTES, prestando EL CONTRATADO, sus servicios de Médico General; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho CONTRATO, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para EL CONTRATANTE. **CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO:** EL CONTRATANTE se compromete a pagar a EL CONTRATADO por los servicios prestados la cantidad de Veintinueve mil trescientos treinta y siete lempiras con sesenta y tres centavos (Lps. 29,337.63). El monto total de este CONTRATO será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras. **CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será de seis horas de lunes a viernes. **CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCIONES.** EL CONTRATADO autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta, la cantidad de 3,667.20 (tres mil seiscientos sesenta y siete lempiras con veinte centavos), **CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES:** Queda entendido y aceptado por las partes CONTRATANTES que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, EL CONTRATADO se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción judicial. EL CONTRATADO contratará y mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el período de EL CONTRATO. EL CONTRATANTE no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que EL CONTRATADO o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus

MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELILAC  
MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
MATEO RIVERA  
ES CONFORME  
A SU QUALIDAD  
SECRETARÍA  
23

Josefa Mateo Rivera

bienes. **CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO.** EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito. **CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO.** Tanto EL CONTRATANTE como EL CONTRATADO aceptan las condiciones del presente CONTRATO y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de EL CONTRATO sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por los derivaciones de este CONTRATO. **CLÁUSULA DÉCIMA:** Todo lo no previsto en el presente CONTRATO y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país. **ACEPTACIÓN FINAL.** Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente CONTRATO, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos el presente CONTRATO en la Ciudad de Santa Barbará en el Municipio de Nuevo Celilac a los siete 07 días del mes de julio del año 2021.



*Teddolinda Anderson Mejía*  
Teddolinda Anderson Mejía  
Alcaldesa Municipal  
Contratante



*Ana Cristina Enamorado Aguilar*  
Ana Cristina Enamorado Aguilar  
contratado



*Josefa Mateo Rivera*  
Josefa Mateo Rivera  
24

Región sanitaria de salud #16

Triaje Municipal de Nuevo Celilac

Informe mensual correspondiente al mes de Julio del 2021

Elaborado por

Ana Cristina Enamorado Aguilar  
Coordinadora triaje Municipal

Irvin Rolando Sorto  
Técnico microbiologo



Maria Josefa Mateo Rivera

25

## Introducción

Se inició labores el día 07 de julio del 2021, arrancando con la supervisión de la jornada Nacional e internacional de vacunación contra la COVID-19, en la que se evaluaron a los beneficiarios antes de recibir su dosis para determinar si éstos se encontraban aptos para recibir su dosis, al igual mantenerlos bajo estricta supervisión por si se presentaba un efecto adverso ante el agente vacunal, también se superviso el correcto llenado de los listados, visto bueno de los frascos, jeringuillas y de los insumos utilizados, el llenado correcto de las tarjetas. Cada jornada se inició con charlas alusivas al tema en cuestión, despejando dudas a la población y motivando a que estos completen su esquema de vacunación.

En la jornada se aplicaron vacunas prestigiosas como ser Pfizer, Astrazeneca y Moderna.

Primeras y segundas dosis.



Maria Josefa Mateo Rivera  
28

**7 de julio 2021**

Total 113

Femenino 65

Masculinos 48

**8 de julio 2021**

Total 22

Femeninos 11

Masculinos 11

**9 de julio 2021**

Total 10

Hombre 2

Femeninos 8

**12 de julio 2021**

Total 44

Femeninos 27

Masculinos 17

Triaje 1 Femenino.

**13 de julio 2021**

Total 11

Femeninos 5

Masculinos 6

**14 de julio 2021**

Total 10

Hombres 5

Mujeres 5

Consulta:



*Maria Josefa Mateo Rivera*  
27

Total 13

Femeninos 9

Masculinos 4

15 de Julio 2021

Total 11

Masculinos 4

Femeninos 7

16 viernes no

17 sabado no

18 domingo no

19 de julio 2021

Total 11

Hombres 3

Femeninos 8

20 turno

21 de julio 2021

Total 11

Femeninos 6

Masculinos 5

22 de Julio 2021

Total 19

Masculinos 8

Femeninos 11



*Maria Josefa Mateo Rivera*  
28

**23 de julio 2021**

Total 98

Femeninos 61

Masculinos 37

**26 de julio 2021**

Total 11

Femeninos 8

Masculinos 3

**27 de julio 2021**

Total 94

Femeninos 33

Masculinos 58

Consulta 2 femenino 1 masculino.

**28 turno**

**29 de julio 2021**

Total 77

Hombres 40

Mujeres 37

**30 de julio turno.**



*María Josefa Mateo Rivera*  
29

FECHA	PACIENTES TRIAJE	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL PACIENTES
7 de julio 2021		48	65	113
8 de julio 2021		11	11	22
9 de julio 2021		8	2	10
12 de julio 2021	1 FEMENINO	17	26	44
13 de julio 2021		6	5	11
14 de julio 2021		9	14	23
15 de Julio 2021		4	7	11
19 de julio 2021		3	8	11
21 de julio 2021		5	6	11
22 de julio 2021		8	11	19
23 de julio 2021		37	61	98
26 de julio 2021		3	8	11
27 de julio 2021	2FEMENINO 1 MASCULINO	58	33	94
29 de julio 2021		40	37	77



*Maria Josefa Mateo Rivera*  
30



**CONSOLIDADO**

**PACIENTES ATENDIDOS MES JULIO**

**TOTAL, FEMENINOS: 294**

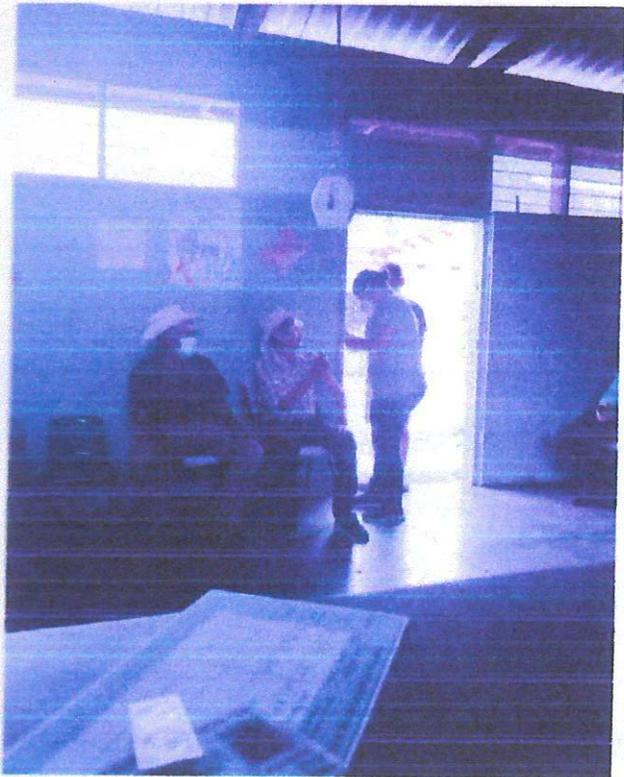
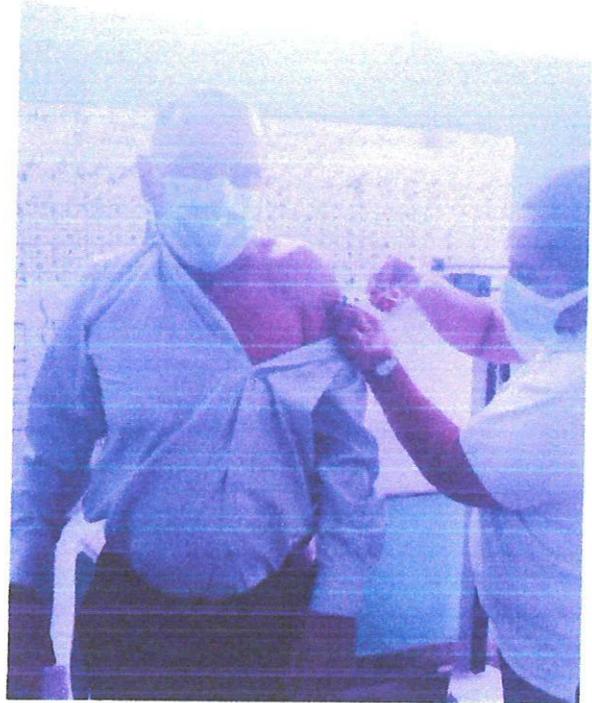
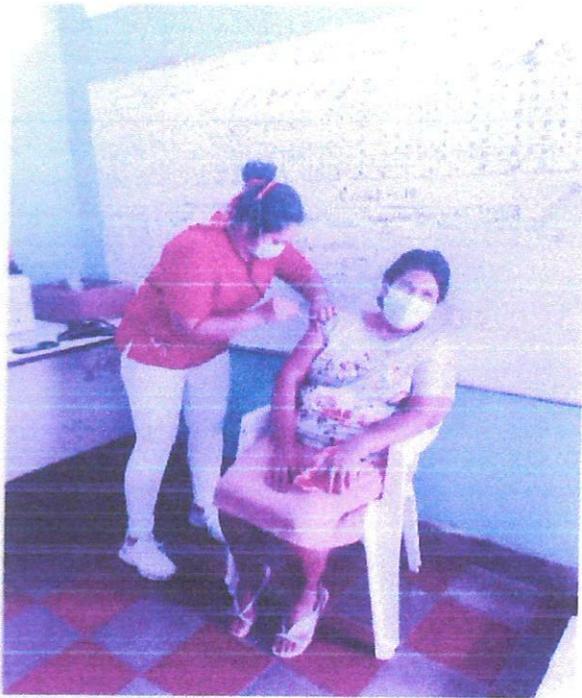
**TOTAL, MASCULINOS: 257**

**TOTAL, PACIENTES EN EL MES: 551**



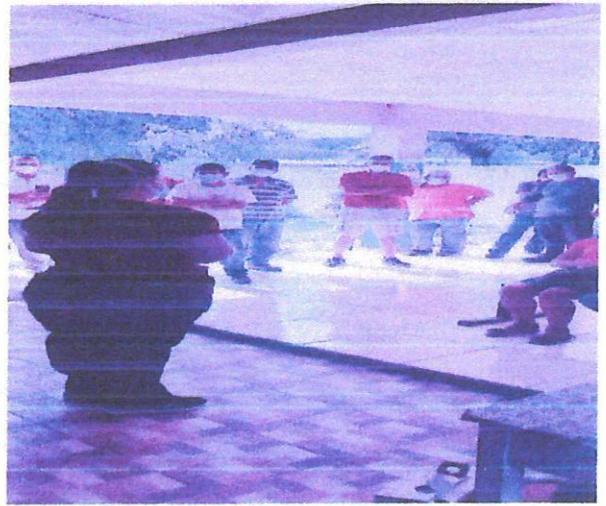
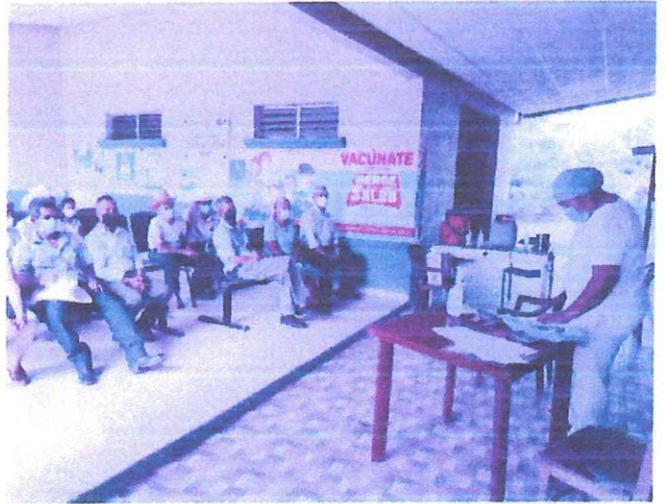
*Maria Josefa Mateo Rivera*  
32

APOYO JORNADA DE VACUNACION COVID-19



MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELTI  
MARIA JOSEFA  
MATEO RIVERA  
ES CONFORME  
A SU ORIGINAL  
SECRETARIA

*Maria Josefa Mateo Rivera*  
3/3



MUNICIPALIDAD DE NOEL  
 MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
 ES CONFORME  
 A SU ORIGINAL  
 SECRETARIA

Josefa Mateo Rivera  
 304



Josefa Mateo Rivera  
35

Secretaría de Salud de Honduras  
 Unidad de Vigilancia de la Salud  
 Ficha de la vigilanda epidemiológica de las Infecciones respiratorias y COVID-19

1. Información Unidad notificadora

Establecimiento centinela:  SI  No:  CESAR  CESAMO  CIB  CLIPER  Hospital  Clínica/hospital privado  INSS  
 Nombre del establecimiento/Titular: FRANCISCA CELILAC Departamento: SO Municipio: NC Región Sanitaria: 16  
 Nombre de la persona que llena la ficha: ANA FRANCISCA CELILAC Fecha de notificación de caso: 24-7-21

2. Información del paciente

2.1. Datos generales:  
 Nombres: José Santiago Apellidos: Castellanos Sexo:  Mujer  Hombre No de Identidad o pasaporte: 1015 RT26 00102  
 Fecha de nacimiento: Día 12 Mes 7 Año 36 Edad en años cumplidos (00-110): 40 Profesión u Oficio: Agricultura  
 Nombre del jefe de familia (si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

2.2. Dirección del paciente/ Residencia Actual:  
 Tipo de vivienda: 4 Departamento: SO Municipio: NC Barrio/Colonia: NO Calle: \_\_\_\_\_ Avenida: \_\_\_\_\_  
 No. De casa: \_\_\_\_\_ Otras referencias del domicilio: CARRETERA 102A Aldea: \_\_\_\_\_ Caserío/Comunidad: \_\_\_\_\_  
 Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: 94 25-2575

3. Historia de la enfermedad:

3.1. Datos clínicos:  
 Fecha de inicio de síntomas (FIS): 20/7/21 Fecha de consulta: 24/7/21 Fecha de hospitalización: 1/1 Semana Epidemiológica de RS: 29  
 El paciente tiene: ETI:  IRAG  IRAG-Inusitada:  No. De expediente: \_\_\_\_\_

3.2. Antecedentes de exposición:  
 Lugar de trabajo/estudio: \_\_\_\_\_ Viaje zona de riesgo 14 días previos a un país donde circula Covid-19:  No  Lugar de viaje: \_\_\_\_\_  
 Fecha de salida de viaje: 1/1 Fecha de regreso: 1/1  
 Transporte utilizado para el viaje: Aéreo:  Marítimo:  Terrestre:  Nombre de la empresa o del transporte utilizado: \_\_\_\_\_

Exposición con un caso confirmado de COVID-19:  Si  No Infección adquirida durante hospitalización previa:  Si  No

Tuvo contacto con animal vivo o productos de origen animal:  Si  No

3.3. Características clínicas: Sintomática  Asintomática

No.	Signos y síntomas	SI	NO	Signos y síntomas	SI	NO
1	Fiebre: <u>90</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	Otros Especifique:		
2	Tos		<input checked="" type="checkbox"/>	a. Pérdida del olfato	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	Dyspnea (Dificultad para respirar)		<input checked="" type="checkbox"/>	b. Pérdida del gusto	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	Cefalea		<input checked="" type="checkbox"/>	c. Diarrea		
5	Rinorrea		<input checked="" type="checkbox"/>	d. Prurito perianal		
6	Dolor de garganta		<input checked="" type="checkbox"/>	e. _____		
7	Dolor Muscular	<input checked="" type="checkbox"/>		f. _____		

4. Antecedente vacunación:  
 Influenza:  SI  No  No Recuerda  
 COVID-19:  SI  No  No Recuerda  
 Neumococo:  SI  No  No Recuerda  
 Fuente de información de vacunación: \_\_\_\_\_  
 1er dosis: 1/1 2da dosis: 1/1  
 1er dosis: 1/1 2da dosis: 1/1  
 1er dosis: 1/1 2da dosis: 1/1 3ra dosis: 1/1

4.1. Factores de riesgo:

No	Condición	SI	NO
1	Hipertensión Arterial		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Cardiopatía		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Enfermedad pulmonar crónica		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Obesidad		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Asma		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Enfermedad Renal Crónica		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Inmunosupresión		<input checked="" type="checkbox"/>
9	Alcoholismo crónico		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Enfermedad Neurológica Crónica		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Tabaquismo		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Embarazo: Edad gestacional en semanas:		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Puerperio		<input checked="" type="checkbox"/>

4.2. Manejo de la enfermedad:

Manejo: Ambulatorio (Domiciliario):  SI  Centro de Aislamiento:  SI  
 Nombre del centro de aislamiento: \_\_\_\_\_  
 Hospitalario:  SI  No  
 Tipo de Servicio: Pediatría  Medicina Interna  Gineco-obstetricia   
 Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
 Hospitalizado en: Observación:  Sala:  UCI:  Ventilación Mecánica:  SI  No  
 Tratamiento:  SI  No  
 Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del medicamento utilizado: \_\_\_\_\_  
 Dosis del medicamento: \_\_\_\_\_  
 Días de tratamiento: \_\_\_\_\_

No. Muestra	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Muestra	<input checked="" type="checkbox"/>			

5. Información de laboratorio:

5.1. Datos generales de la muestra  
 Fecha de toma de muestra: 24/7/21 Fecha de envío: 1/1  
 Manejo: Ambulatorio (Domiciliario):  SI  Centro de Aislamiento:  SI  
 Nombre del centro de aislamiento: \_\_\_\_\_  
 Hospitalario:  SI  
 Tipo de Servicio: Pediatría  Medicina Interna  Gineco-obstetricia   
 Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
 Hospitalizado en: Observación:  Sala:  UCI:  Ventilación Mecánica:  SI  No  
 Tratamiento:  SI  No  
 Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_\_\_  
 Nombre del medicamento utilizado: \_\_\_\_\_  
 Dosis del medicamento: \_\_\_\_\_  
 Días de tratamiento: \_\_\_\_\_

Ag EPT (+)

Tercera Cuarta

5. Información de laboratorio:

	Condición	Si	No
	Hipertensión Arterial		
2	Diabetes		
3	Cardiopatía		
4	Enfermedad pulmonar crónica		
5	Obesidad		
6	Asma		
	Enfermedad renal Crónica		
8	Inmunosupresión		
9	Alcoholismo crónico		
10	Enfermedad Neurológica Crónica		
11	Tabaquismo		
12	Embarazo: Edad gestacional en semanas:		
13	Periparto		

A. 1.- Factores de riesgo:

S.- Informadán de laboratorio:

S.I.- Datos generales de la muestra

1er dosis/ / 2da dosis/ /

Fecha de toma de muestra: de envío: / /

Tipo de muestra: Hisopado Nasal y faríngeo: Aspirado  
nasofaríngeo: C) Otro:

Fecha de recibo de muestra en el laboratorio

Fecha de recibo de muestra en el laboratorio  
procesamiento:

Rechazo: Inadecuada calidad muestra: Tome tarde de

Disponibilidad de recursos: Capacidad de laboratorio excedida: Falta de reactivo C) Otras

5. 2.- Técnica de procesamiento:

5.2.1.- IF: Si: CD No: O Fecha de resultado: / / Resultado: positivo: O Negativo: C) Muestra insuficiente: O

Tipo de virus identificado: Influenza A: o Influenza Adenovirus: O VSR C) Parainfluenza: 1: 2: CD 3 CD

5.2.2.- rRT-PCR: S: C) No: CD Fecha de Positivo: Negativo: C) Muestra Insuficiente: O

TIPO de virus identificado: Influenza A', O Influenza B: O Subtipo: A (H1): A (E-19): A (H5): O A (H1N1) pdm09: A no subtipificable: CD Otros virus:

COVID-19 por PCR: Positivo CD Negativo CP Fecha de COVID-19

por (Ag.RDT): positivo C) Negativo O Fecha de

5.2.3.- Cultivo Viral: S: CD No: CD Fecha de resultado: Negativo: Cepa viral

identificada: 6.- Condición de egreso: Recuperado C) Fallecido: C) Fecha de defunción: post mortem: Si: O No:

Diagnóstico de egreso:

Secretaría de Salud de Honduras  
Unidad de Vigilancia de la Salud  
Unidad de Vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias y COVID-19

1. Información Unidad notificadora

Establecimiento central: SI No CESAR CESARAO CASO CLIP: Hospital Finca campo privado / /

Nombre del establecimiento: Tiquiye no celular departamento: B Municipio: San Pedro Sula

Nombre de la persona que firma la ficha: Daniel Jimenez fecha de nacimiento de caso: / /



Josefa Mateo Rivera  
38

1er dosis/ / 2da dosis/ /

1er dosis/ / 2da dosis/ / 3ra dosis/ /

Fuente de información de vacunación:

4.2.- Manejo de la enfermedad:

Manejo: Ambulatorio (Domiciliario):

Si:  Centro de Aislamiento: Si:

En su hogar

Nombre del centro de aislamiento:

Hospitalario: Si: C)

Tipo de Servicio: Pediatría Medicina Interna Gineco-obstetricia

Diagnóstico de Ingreso:

Fecha de Ingreso: Habitación:  Sala:  UCI:  Ventilación Mecánica: Si No

Hospitalizado en:

Observación: CD Sala:

Tratamiento: Si: C) No:

Fecha de inicio de

tratamiento:

Nombre del medicamento utilizado:

Dosis del medicamento:

Días de tratamiento: 7.

Ag

No. Muestra	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Muestra				

f\_bt

Aspirado

nacional de

regional: Razón de no



1. Información del paciente

2.1 - Datos generales:

Nombre: Mariela Apellido: Paldino Sexo: Mujer /  Hombre / No de identidad y pasaporte: 1215 1968 0012  
 Fecha de nacimiento: Día 9 Mes 8 Año 68 Edad en años cumplidos (00-110): 32 Profesión u oficio: Area de casa  
 Nombre del jefe de familia (en caso de familia): \_\_\_\_\_  
 2.2. Dirección del paciente/Residencia Actual:  
 Tiempo de residir: 6 m Departamento: CC. Ins Municipio: Chubam Barrio/Colonia: Puerto Mils Calle: \_\_\_\_\_ Avenida: \_\_\_\_\_  
 No. De casa: \_\_\_\_\_ Otras referencias del domicilio: 1500 Aldea: \_\_\_\_\_ Casado/Comunidad: \_\_\_\_\_  
 Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: 957 91 41

3. Inicio de la enfermedad

3.1 - Datos clínicos:

Fecha de inicio de síntomas (ITS) 16/3/21 / Fecha de consulta: 26/3/21 / Fecha de hospitalización: \_\_\_\_\_ / Semana Epidemiológica de 19: 26

El paciente tiene ETI:  IRAGA  IRAG Infiltrada:  No. De expediente: \_\_\_\_\_

3.2. Antecedentes de exposición:

Lugar de trabajo: SPS Viaje zona de riesgo 14 días previos a un país donde circula Covid-19:  Si  No Lugar de viaje: \_\_\_\_\_

Fecha de salida de viaje: 1/1 fecha de regreso: 1/1

Transporte utilizado para el viaje: Aéreo:  Marítimo:  Terrestre:  Nombre de la empresa o del transporte utilizado: fla a Lempkants en SPS  
 Epidemiológica de 19: \_\_\_\_\_

transporte utilizado para el viaje: Aéreo:  Marítimo:  Terrestre:  Nombre de la empresa o del transporte utilizado: \_\_\_\_\_

Exposición con un caso confirmado de COVID-19: Si:  No:  Infección adquirida durante hospitalización previa: Si; o No:

Tratamiento con animal vivo o productos de origen animal: Si  No:

Características clínicas: Sintomático  Asintomático

4. Antecedente vacunación:

1er dosis/ 1/1 / 2da dosis/ 1/1

Influenza: Si  No  No Recuerda:

1er dosis/ 1/1 / 2da dosis/ 1/1

COVID-19: Si  No:  No Recuerda:

Neumcom: Si  No  No Recuerda:

1er dosis/ 1/1 / 2da dosis/ 1/1 / 3ra dosis/ 1/1

4.1.- Factores de riesgo:

Fuente de información de vacunación:

	Signos y síntomas		Signos y síntomas		
	SI	No		SI	No
	OC				
	Fiebre. Tos		Especifique: . Perdida del olfato		
3	Disnea (Dificultad para respirar)		. Perdida del gusto		
5	Cefalea		Diarrea		
6	Rinorrea Dolor de garganta				
7	Dolor Muscular				

	Condición	SI	No
1	Hipertensión Arterial		
2	Diabetes		
3	Cardiopatía		
4	Enfermedad pulmonar crónica		
5	Obesidad		
6	Asma		
7	Enfermedad Renal Crónica		
	inmunosupresión		
9	Alcoholismo crónico		
	Enfermedad Neurológica Crónica		
11	Taquiarritmia		



Marta Josefa Mateo Rivera  
 Marta Josefa Mateo Rivera  
 39

11	Embarazo: Edad gestacional en semanas:		
13	uerperio		

4.2.- Manejo de la enfermedad:

Manejo: Ambulatorio (Domiciliario): Si

Centro de Aislamiento: Si  No   
 Si: Hoguer

Nombre del centro de aislamiento:

Hospitalario: Si  No

Tipo de Servicio: Pediatría Medicina interna Gineco-obstetricia

Diagnóstico de Fecha de ingreso:

23-7-21

Ingreso:

Hospitalizado en: Observación: o Sala: O UCI: O Ventilación Mecánica: Si No

Tratamiento: Si No

Medicamento: MAIZ

Fecha de inicio de tratamiento:

Nombre del medicamento utilizado:

Dosis del medicamento:

D (as de tratamiento): 3

No. Muestra	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Muestra				

5E- Informad6n de laboratorio:

5.1.- Datos generales de la muestra

Fecha de toma de muestra: U/ Fecha de

Tipo de muestra: Hisopado Nasal y faringeo; g)

Fecha de recibo de muestra en el nacional

Fecha de recibo de muestra en el laboratorio regional: Raz6n de no procesamiento:

Aspirado:  Codo, nasofaringeo:  Otro:

de virologia: 1/1

Muestra procesada: Si  No  Raz6n de no procesamiento:

Ha de muestra:  Otras:

Rechazada:  Falta de reactivos  Otras:

Rechazo: Inadecuada calidad muestra; Toma tardia de muestra;

Disponibilidad de recursos: Capacidad de laboratorio excedida:

5.2.- T6cnica de procesamiento:

5.2.1.- F; Si: CD No: CID fecha de resultado:

Positivo: O Negativo: o Muestra Insuficiente: o

Tipo de virus identificado:

B) Adenovirus (Ct) VSR

gativo  Fecha de resultado: 1/1

influenza A' Influenza parainfluenza: 1:

2:

Negativo  Fecha de resultado: 1/1

5. 2.2.- rRT-PCR: Si: Positivo:

Fecha de resultado: 1/1 Resultado: Positivo.  Negativo  No: C) fecha de resultado: 1/1 Negativo: O Muestra Insuficiente: o

No: C) fecha de resultado: 1/1 Negativo: O Muestra Insuficiente: o

TIPO de Virus identificado: Influenza tv O Influenza B: O Subtipo: A(H1), A (H3): A (1-45): O A (H1N1) pdm09; A no subtipificable; (Z) Otros virus; COVID-19 por PCR: Positivo C- Negativo CD fecha de COVID-19 por CABROT: positivo c) Negativo CD Fecha de

5.2.3.- Cultivo Viral; Si, C) No; O

C) Negativo:

Cepa viral identificada:

6.- Condici6n de egreso; Recuperado post mortem: Si

No: Diagn6stico de egreso:

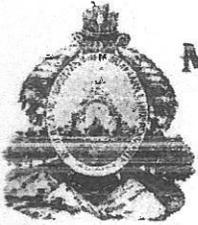
Ag BST (+)

envio:

laboratorio



Josefa Mateo Rivera  
40



REPUBLICA DE HONDURAS  
MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELILAC, S. B.

R. T. N. 16159003435960  
NUEVO CELILAC, SANTA BARBARA,  
HONDURAS, C. A.

RECIBO No 003026

POR LPS. 25,670.43

Nuevo Celilac, S. B. le de <u>Agosto</u> del 20 <u>21</u>	
Recibi de: <u>Municipalidad Nuevo Celilac.</u>	
La Cantidad de: <u>Veinticinco mil Seiscientos con cuarenta</u> Lempiras	
<b>POR CONCEPTO DE</b>	
1	<u>Honorarios Medicos.</u>
2	
3	
4	
5	

IMP. SANTA BARBARA R.F. 0011960000770 - 100 Td. 0001 - 005,000 - 06/2016

0801-1988-02170

IDENTIDAD



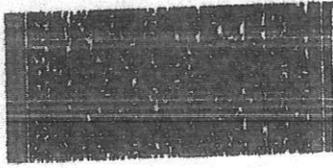
FIRMA



Maria Josefa Mateo Rivera  
SECRETARIA  
41

ARTÍCULO 81 DE LA LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna autoridad o persona particular, podrá privar o sea poseer de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

*[Signature]*  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 8891

ANA CRISTINA / ENAMORADO AGUILAR  
0901-1988-02170

REPÚBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
TARJETA DE IDENTIDAD  
ANA CRISTINA / ENAMORADO AGUILAR



HONDURAS POR NACIMIENTO  
NACIO EL: 28 FEBRERO 1988  
SEXO: FEMENINO  
ENTRADA AL: 28 FEBRERO 2007

0901-1988-02170



Este Legajo: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 2 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 288 del 19 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 26 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 88 del Decreto 22-87, Art. 39 del Decreto 104-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Previsión Social, Art. 27 del Decreto 14-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 9 Decreto de Ley N° 14 del 18 de Enero de 1970 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 22599 y el Reglamento de Previsión Social Decreto Acuerdo 49 publicado el 10 de Enero de 1973.

*[Signature]*



Miembro Directora

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Este Contribuyente reconoce su obligación de cumplir a lo 100% cualquier impuesto con sus datos en el RUT, conforme al artículo 48 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras.  
Número de Documento DEI-412- 1787375 Transacción: 561344

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

RUT: 09011988021707

ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR  
Nombre o Razón Social

Inscripciones	
Ventas Selectivo	<input type="checkbox"/> Productores Importadores de Cigarrillos <input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/> Productor Alcoholes Licorosos <input type="checkbox"/>
Expedidor	<input type="checkbox"/> Distribuidor Alcoholes Licorosos <input type="checkbox"/>
Imprenta	<input type="checkbox"/> Impartidor Alcoholes Licorosos <input type="checkbox"/>
Previsión	<input type="checkbox"/>

Fecha de Emisión: 20160114

Colegio Médico de Honduras  
TARJETA DE IDENTIFICACION  
COLEGIADO N° 01-12022  
DOCTORA  
ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR

Fecha de Graduación: 07-07-2014  
Fecha de Inscripción: 23-08-2016  
Tipo de Sangre: A(+)

*[Signature]* Presidente  
*[Signature]* Secretaria



*[Signature]*  
Josefa Mateo Rivera  
42

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

Nosotros, Teodolinda Anderson Mejía con Numero de identidad 0318-1961-00039, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Nuevo Celilac quien en lo sucesivo se denominará EL CONTRATANTE y Ana Cristina Enamorado Aguilar, con número de identidad 0801-1988-02170, celular (504) 8850-1431, quien para los mismos efectos en adelante se denominará EL CONTRATADO hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

**CLÁUSULA PRIMERA:** NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATANTE declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios de Medico General EL CONTRATADO quien se compromete a laborar como: Medico General quien tendrá su sede en el Municipio de Nuevo Celilac, CENTRO DE TRIAGE BRIGADA MEDICA. **CLÁUSULA SEGUNDA:** DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a ejecutar las funciones siguientes: Coordinar equipo, organizar las actividades en base a planificación para resultados semanales, pesquisar otro tipo de enfermedades que amenacen a las comunidades organizar población en grupos de riesgos, obtener logísticas, promoción, prevención curación, rehabilitación. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo. **CLÁUSULA TERCERA:** VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes CONTRATANTES, prestando EL CONTRATADO, sus servicios de Medico General; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho CONTRATO, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para EL CONTRATANTE. **CLÁUSULA CUARTA:** DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE se compromete a pagar a EL CONTRATADO por los servicios prestados la cantidad de Veintinueve mil treientos treinta y siete lempiras con sesenta y tres centavos (Lps. 29,337.63). El monto de (Lps. 20,938.74) de este CONTRATO será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras y (Lps. 8,398.89) será cubierto con fondos municipales del 5% de la emergencia COVID-19. **CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será de seis horas de lunes a viernes. **CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCIONES.** EL CONTRATADO autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta, la cantidad de 3,667.20 (tres mil seiscientos sesenta y siete lempiras con veinte centavos), **CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES:** Queda entendido y aceptado por las partes CONTRATANTES que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, EL CONTRATADO se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción judicial. EL CONTRATADO contratará y mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el período de EL CONTRATO. EL CONTRATANTE no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que EL CONTRATADO o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.



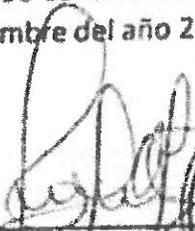
43

Josefa Maria Lopez

bienes. **CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO.** EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito. **CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO.** Tanto EL CONTRATANTE como EL CONTRATADO aceptan las condiciones del presente CONTRATO y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de El CONTRATO sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por los derivaciones de este CONTRATO. **CLÁUSULA DÉCIMA:** Todo lo no previsto en el presente CONTRATO y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país. **ACEPTACIÓN FINAL.** Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente CONTRATO, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos el presente CONTRATO en la Ciudad de Santa Barbará en el Municipio de Nuevo Celilac a los siete 07 días del mes de septiembre del año 2021.

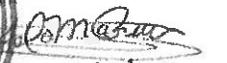
  
Teodolinda Anderson Mejía  
Alcaldesa Municipal  
Contratante



  
Ana Cristina Enamorado Aguilar  
Contratado



  
MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
ES CONFORME A SU ORIGINAL  
SECRETARIA

  
Josefa Mateo Rivera  
49



REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL  
Nuevo Celilac, Santa Bárbara



Frente al parque central, Depto.  
De Santa Bárbara, Honduras, C.A.

e-mail: [municelilac@hotmail.com](mailto:municelilac@hotmail.com)

## Constancia

Por medio de la Presente como parte del control concurrente. 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, la Unidad de Auditoria Interna Municipal del municipio de Nuevo Celilac, departamento de Santa Bárbara **HACE CONSTAR:** Que el monto pendiente de ejecución de la transferencia para Operación Fuerza Honduras, por un valor de L.20,938.74, se liquidara mediante contrato firmado por el periodo del 07 de Septiembre al 07 de Octubre de 2021, y el resto del valor del contrato por un valor de L8,398.89 serán cubiertos con fondos Municipales del 5% de la Emergencia Covid -19 se adjunta copia del contrato

Y para fines legales que el interesado estime conveniente, se extiende la presente en el municipio de Nuevo Celilac, Santa Bárbara a los treinta días del mes de septiembre del año dos mil veintiuno.

Atentamente



  
Osmin Pérez Herrera  
Auditor Interno Municipal



MARIA JOSEFA C. DE  
MATEO RIVERA  
ES CONFORME  
A SU ORIGINAL

  
Maria Josefa Mateo Rivera

4/5



ALCALDÍA MUNICIPAL  
NUEVO CELILAC

NUEVO CELILAC, S.B., HONDURAS, C.A.  
TELÉFAX: (504) 2664-4019  
Email: municelilac@hotmail.com



GOBIERNO DE LA  
REPÚBLICA DE HONDURAS

CHEQUE No. 00007719

NUEVO CELILAC

13 de octubre de 2021

Cuenta N.º: 11-209-000479-5

Lugar y Fecha.

ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR

L 25,670.43

Páguese a la orden de

VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras

**Banco de Occidente, S.A.**

Banco de Occidente, S.A.

Firma (s)

11 209 000479 5 00007719

PAGO DE PAGO DE UN MES DE TRABAJO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL DEL EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA, OPERACION FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID-19, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07 DE SEPTIEMBRE AL 07 DE OCTUBRE DEL 2021, SEGUN CONTRATO ADJUNTO.

7719

6817

0801198802170

11-209-000479-5

25,670.43

ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR

Honduras, C.A.

ELABORADO POR

AUTORIZADO POR

AUTORIZADO POR

CHEQUE N.º

RECIBÍ CONFORME

NOMBRE

FIRMA

Ana Cristina Enamorado

N.º DE IDENTIDAD

N.º SOLVENCIA

0801-1988-02170

00007719





NUEVO CELILAC, SANTA BARBARA  
 EJERCICIO: 2021  
**Orden de Pago**  
 Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 13/10/2021  
 Hora : 08:47 a.m.  
 USUARIO: JH.CARDONA

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 23681

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 6817

Fecha de Emisión: 13/10/2021

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR

Id/RTN: 0801198802170

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

PAGO DE UN MES DE TRABAJO A LA DOCTORA EN MEDICINA GENERAL DEL EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA, OPERACION FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID-19, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 07 DE SEPTIEMBRE AL 07 DE OCTUBRE DEL 2021, SEGUN CONTRATO ADJUNTO.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 004 000 54200 11-011-06	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	20,938.74
11 02 000 004 000 54200 11-001-01	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	8,398.89

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
202	RETENCION DE ISR	3,667.20
<b>Total de retenciones:</b>		<b>3,667.20</b>

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-011-06	EMERGENCIA COVID-19	20,938.74
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	8,398.89
<b>Monto Total:</b>		<b>29,337.63</b>

  
 MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELILAC  
 MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
 ES CONTABLE  
 CALSO ORIGINAL  
 SECRETARIA 47



NUEVO CELILAC, SANTA BARBARA  
EJERCICIO: 2021  
**Orden de Pago**  
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 13/10/2021  
Hora : 08:47 a.m.  
USUARIO: JH.CARDONA

Honduras, C.A.

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	3,667.20
<b>TOTAL</b>	<b>25,670.43</b>

<p>Firma y Sello de Presupuestario</p>	<p>Firma y Sello de Tesorería</p>	<p>Firma y Sello de Alcalde (sa)</p>
--	-----------------------------------	--------------------------------------

Recibido por: Ara Cristina Encarnación  
Identidad No.: 0801-1988-04170

0s+js/9Jm dxqsbdaH+SPa9oMDbnVUD3Qvq8gRIEmDxYDGEElQpisCIBWUSII8bpDdZZqOItlwkwq7fCfacuZT0Euh/jxd/X0VgNZpk7xfv8NlaJHyg1YSmNWOPjoTVn  
BEzc5kDjkkf+Aq3Ccz831aNT64v7jbfE0m49RBMxg=

MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELILAC  
MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
ES CORONADA ASISTENTE  
SECRETARÍA



SECRETARÍA DE GOBERNACIONES  
SEGURIDAD Y DESCENTRALIZACIÓN



Municipalidad de Nuevo Celilac, Santa Barbara  
PLANILLA DE TRIAJE MUNICIPAL

N°	NOMBRE	CARGO	DOCUMENTOS PERSONALES	TIEMPO TRABAJADO		SUELDO DEVENGADO	RETENCION 12.5%	TOTAL A PAGAR	FIRMA	FECHA DE PAGO
			IDENTIDAD	DESDE	HASTA					
1	ANA CRISTINA ENAMORADO AGUILAR	Medico General Y coordinadora del equipo de respuesta rapida	0801-1988-02170	07/09/2021	07/10/2021	L. 29,337.63	L. 3,667.20	L. 25,670.43		13/10/2021
						L. 29,337.63	L. 3,667.20	L. 25,670.43		

HAGO CONSTAR: Que esta planilla es correcta y justa que los servicios que en ella se expresan han sido prestados por las personas contratadas.  
APROBADA.



ALCALDESA MUNICIPAL



TESORERO MUNICIPAL



MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELILAC  
MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
ES CONFORME A SU ORIGINE  
13/10/2021

REGION SANITARIA DE SALUD NUMERO 16

CENTRO DE ESTABILIZACION Y TRIAJE MUNICIPAL  
NUEVO CELILAC

INFORME MENSUAL CORRESPONDIENTE AL MES DE  
SEPTIEMBRE DEL 2021

ELABORADO POR:

ANA CRISTINA ENAMORADO  
COORDINADORA

IRVIN ROLANDO SORTO  
TECNICO MICROBIOLOGO

7 DE OCTUBRE 2021



## INTRODUCCION

En el mes de septiembre se mostró un aumento de los casos de COVID 19 en el municipio, ya que la población se está mostrando preocupada por su salud, ya no muestran temor a ser vistos entrar al triaje, se muestran satisfechos con el trato, la accesibilidad de un laboratorio municipal, el acceso a su tratamiento y todo esto totalmente gratuito.

Este mes se logra una meta del triaje, esta es la disponibilidad de PCRrt, siendo capacitados la dra. Ana Cristina Enamorado coordinadora del triaje y el técnico microbiólogo municipal Irvin Rolando Sorto para la realización de estos, se recibe capacitación 50% vía Google meet y 50% vía presencial con el Dr. Ángel Menjívar microbiólogo regional, posterior a esto se realiza examen de habilidades aprobando ambos con nota máxima. cabe mencionar que Nuevo Celilac es de los pocos municipios que cuenta con esta prueba que es el total diagnóstico de la COVID 19 a nivel mundial. la municipalidad de Nuevo Celilac apoyo al triaje con la disponibilidad de una refrigeradora para almacenamiento de material contaminado (PCRrt). la región asigno los días viernes a Nuevo Celilac como día de recepción de las muestras tomadas en el transcurso de la semana, con hora máxima de entrega 10 am.

Este mes también tuvimos casos complicados de COVID 19 en el municipio, pacientes que no acudieron de forma temprana a una atención médica, que no acudieron al triaje, sino a clínicas privadas. 1 de las pacientes logro salir del cuadro critico en el transcurso de 9 días, con ingreso domiciliario, tratamiento medico aportado por el triaje y el centro de salud, y el oxigeno aportado por la municipalidad. El segundo caso no acudió al triaje de Nuevo Celilac, pero si al de San Nicolas, logro ser ingresada, la cual lamentablemente no logro superar el proceso de la enfermedad. Una tercera paciente que acudió a clínica privada, de la cual los familiares contactaron a las autoridades comunitarias por su caída brusca de su salud, se realizo visita domiciliaria, encontrando a la paciente en estado Gasping, se realizó referencia y solicitud de cupo sin lograr éxito, se realizan pruebas de antígeno de superficie, PCRrt, pruebas rápidas a todas las personas cohabitantes de la paciente, obteniendo 1 antígeno de superficie positivo.



el de su esposo. A las 17 horas de ese mismo día la paciente fallece. Se espera resultado de su PCRrt para determinar si fue por COVID 19.

El día 13, 14 de septiembre la municipalidad asigna un permiso de ausencia a la Dra. Ana Enamorado, ya que presenta problemas de salud y necesita ambos días para realizarse estudios especiales en S.P.S.

El día 21 de septiembre se le notifica a la municipalidad que la Dra. Ana Enamorado será intervenida quirúrgicamente el día 22 de septiembre, con una incapacidad de 30 días exactos, se llega a un consenso para que el municipio no se vea afectado, se realizara telemedicina, y el triaje seguirá realizando pruebas por el técnico microbiólogo. Y si surgiese una emergencia para estabilizar un paciente la Dra. Desiré Borjas directora del CIS apoyara al triaje, siempre y cuando esta estabilización sea en las instalaciones del triaje y que ella estuviese en el municipio y no en aldeas. Ya que se esta movilizando por la jornada nacional de vacunación contra la COVID 19.

Hasta la fecha no se ha dejado de realizar informes diarios, para la municipalidad entregados a Osmin Pérez, para la región departamental 16 de Santa Barbara, para la plataforma de la secretaria de salud y a la vez el llenado de fichas y su subida a las plataformas que están estipuladas.

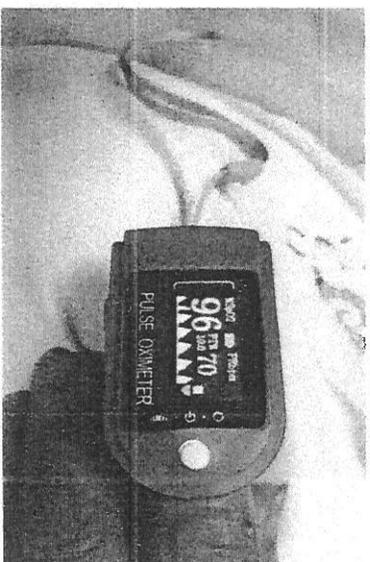
Con todo lo dicho anteriormente se resume que se ha trabajado conjuntamente sin parar, manteniendo estable a la población, quedó en el triaje todos los insumos necesarios listos para la posible alza de casos posteriores al feriado Morazánico, kit maíz armados, pruebas en Ag-RDT, PCRrt, pruebas rápidas de determinación de anticuerpos. Y la elaboración de una estrategia para concientizar a la población de acudir precozmente al triaje para evitar desenlaces dolorosos para su núcleo familiar y para el municipio.

Se espera mejora de la situación a nivel nacional con el avance de la jornada de vacunación, esperamos que el 100% de la población acceda a vacunarse.

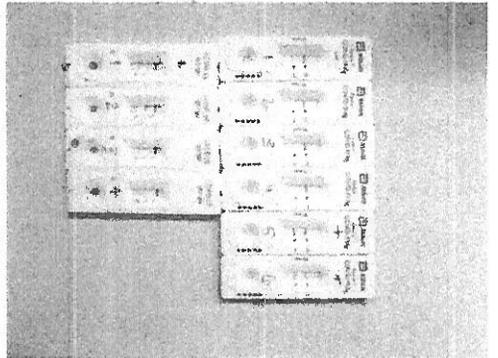
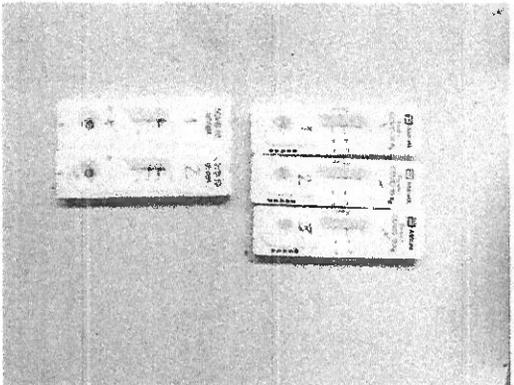
MUNICIPALIDAD DE NUEVO CESTIAC  
MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
ES CONFORME A SU ORIGINAL  
SECRETARÍA  
Maria Josefa Mateo Rivera  
52

FECHA	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	PRUEBA RÁPIDA		ANTÍGENO DE SUPERFICIE		PCRRT	MAIZ
				POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	REALIZADOS	
1/09/21	4	2	2	0	0	1	1	0	2
2/09/21	1	0	1	0	0	0	0	0	0
3/09/21	1	0	1	0	0	0	0	0	0
6/09/21	1	0	1	0	0	0	0	0	0
7/09/21	5	1	4	0	1	2	1	1	2
8/09/21	8	2	6	3	4	0	0	1	0
9/09/21	6	4	2	1	3	2	4	4	4
10/09/21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13/09/21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14/09/21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15/09/21	1	0	1	0	0	0	1	1	1
16/09/21	9	5	4	0	0	1	7	8	8
17/09/21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20/09/21	2	2	0	0	0	0	2	2	2
21/09/21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22/09/21	2	1	1	0	0	0	2	2	0
23/09/21	2	1	1	0	1	0	2	2	0
24/09/21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27/09/21	2	2	0	0	0	0	2	2	0
28/09/21	1	0	1	0	0	1	0	0	1
29/09/21	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30/09/21	4	3	1	1	1	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>23</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>21</b>

MUNICIPALIDAD DE NUEVO CEDRAL  
 MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
 ES CONEJUNTO ORIGINAL  
 SECRETARIA



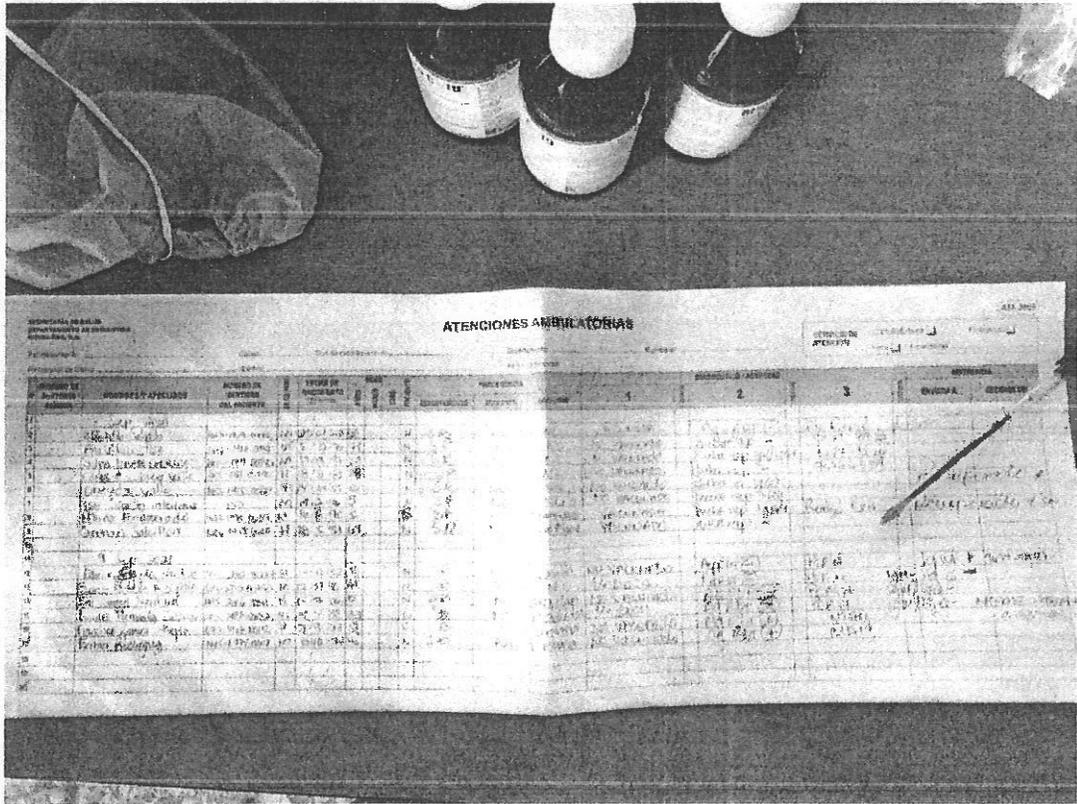
Maria Josefa Rivera  
MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELIA  
MATEO RIVERA  
ES COM. ORIGINAL  
C.R. 100103  
C.R. 100103



Maria Josefa  
A S. N. G. R. M.  
MATEO RIVERA  
MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELIA  
ES CONCORDIA



MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELIA  
MARIA JOSEFA  
MATEO RIVERA  
ES CONFORME  
EN ORIGINAL  
Nara S. SECRETARIA



MUNICIPALIDAD DE NUEVO CASTILLO  
MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
ES CONFORME A SU ORIGINAL  
MATEO RIVERA  
Marta S...

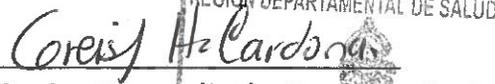
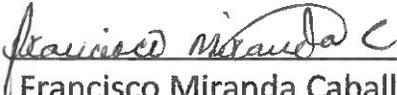
## CONSTANCIA

Nosotros pastor Juan Ángel Paz Rodríguez, con número de identidad N\* 1615-1994-00110, en representación de la Iglesia Evangélica Emanuel y veedor acreditado del FONAC, Francisco Miranda Caballero con identidad N\* 16221962-00147 Representante de comisionado Municipal, , todos actuando como representantes de sociedad civil y veedores de Operación Fuerza Honduras realizado en el Municipio de Nuevo Celilac, Santa Bárbara quienes estuvimos en todos los procesos de reclutamiento de personal y compra de pruebas rápidas, para el funcionamiento del triaje en la cabecera municipal en el marco de la operación Fuerza Honduras debido a la emergencia del COVID-19.

Y para fines que el interesado estime conveniente se le extiende la presente constancia en el Municipio de Nuevo Celilac departamento de Santa Bárbara a los 03 días del mes de enero de año dos mil veintidós.

  
ALCALDESA MUNICIPAL

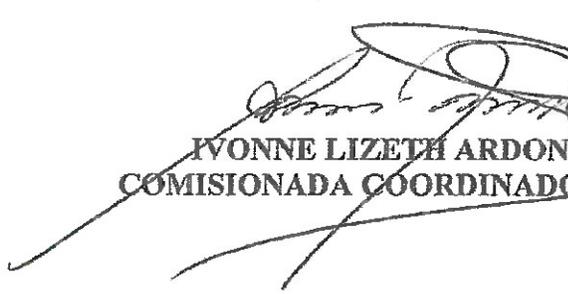
Teodolinda Anderson Mejía  
Alcaldesa Municipal

  
SECRETARÍA DE SALUD  
REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD No 16  
Greisy Hermelinda Cardona Castellón  
Representante de salud  
Juan Ángel Paz Rodríguez  
Representante del FONAC  
Francisco Miranda Caballero  
Comisionado Municipal  
Bessy Osieri López Guillen  
Representante del CODEM vocal4  
Municipalidad de Santa Bárbara  
MARIA JOSEFA MATEO RIVERA  
ES CONCEJAL  
A SU CONSTITUCIÓN  
MATEO RIVERA

## CONSTANCIA

La suscrita Comisionada Msc. **IVONNE LIZETH ARDON ANDINO** por medio de la presente **HACE CONSTAR:** Que la **ALCALDÍA MUNICIPAL DE NUEVA CELILAC, 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 **TERCER DESEMBOLSO**, dicho informe se encuentra en el Portal Único de Transparencia, del Instituto de Acceso a la Información Pública.

Firmo la presente a los diez (10) días del mes de enero del año dos mil veintidós (2022).

  
**IVONNE LIZETH ARDON ANDINO**  
**COMISIONADA COORDINADORA DE ÁREA**



## INFORME EJECUTIVO

El municipio de Nuevo Celilac está ubicado al oeste del departamento de Santa Bárbara; consta de una extensión territorial de 165.20 km<sup>2</sup> y una población según encuesta realizada en el levantamiento de línea base de 6,839 habitantes con una densidad poblacional de 38,19 habitantes por km<sup>2</sup> distribuidos en 6 barrios, 16 aldeas y 11 caseríos.

La cabecera municipal lleva el mismo nombre y está ubicada en un terreno disperejo a 578 metros sobre el nivel del mar, la mayoría de sus aldeas y caseríos están ubicados en zonas montañosas con terreno irregular, aunque también cuenta con zonas de superficie planas y vegas bañadas por el río Jicatuyo, que es la principal vertiente que cruza el municipio, además del río de Jalapa. También lo cruzan las quebradas de río de Piedra, quebrada grande, quebrada de Teretina.

La población menor o igual a 18 años son 2,305 habitantes del total de la población, lo que demuestra una población relativamente joven y que en los próximos años estará presionando por nuevas fuentes de trabajo y nuevos servicios públicos, entre otros aspectos.

Las actividades comerciales presentes incluyen el trabajo agrícola, ganadería, comercio, artesanía, albañilería y otros servicios profesionales. El municipio es un fuerte productor de maíz y frijoles, seguido del café que ha repuntado en los últimos años.

El caso de los ingresos familiares es un dato bastante dificultoso de obtener debido a que la mayoría de familias se dedica a la agricultura y no tiene un dato exacto de sus ingresos mensuales, obteniendo de estos que la mayoría de las familias tiene ingresos, menores de mil lempiras, el cual representa un 56.39% del total de familias. Otro dato de los ingresos son las remesas que reciben las familias representado en un 1.66% del total de las familias. Sin embargo, se puede observar y los datos lo demuestran que existe bastante pobreza porque sus ingresos mensuales son menores que mil lempiras, cantidad que no alcanza ni para la canasta básica.

El 100% de la población tiene acceso al servicio de agua, aunque no totalmente apta para el consumo humano; de estos el 74.67% lo recibe por servicio domiciliario mediante acueducto, el 14.86% recibe el servicio domiciliario por llave pública/fuente, el 17.58% recibe el servicio de agua por medio de pozo comunal, el 5.132 por medio de pozo propio y el 3,37 reciben agua mediante ríos y quebradas. El 67.08% de las personas tiene acceso a una adecuada disposición de excretas.

El 80.28% de las viviendas poseen servicios de energía eléctrica domiciliario, el 79.58% de las familias sus viviendas son de su propiedad, el 92.2% de las casas vive una sola familia, aunque el 34.31% de las viviendas utiliza una pieza como dormitorio indica que la población convive en un alto nivel de hacinamiento más el 53.61% de las viviendas se encuentra en regulares condiciones.

En los actuales momentos la planificación se convierte en un asunto muy importante para la toma de decisiones, estamos en tiempo donde no se puede estar improvisando

MUNICIPALIDAD DE NUEVO CELILAC  
MARIA JOSÉ CELILAC  
MATEO RIVERA  
ES CONFORME  
A SU ORIGINAL  
SECRETARÍA DE GOBIERNO  
JUSTICIA Y DESARROLLO  
Josefa Mateo Rivera  
61

especialmente si consideramos que los recursos son escasos y se necesita ser racional con lo poco que se cuenta.

Nuevo Celilac es uno de los municipios más vulnerables del departamento de Santa Bárbara y con bajos indicadores de desarrollo, aunque en los últimos años hay una tendencia a mejorar sobre todo aquellos que tienen que ver con servicios básicos. Este mejoramiento se debe en gran medida al emprendimiento que han mostrado sus autoridades desde el año 2006 a la fecha que han hecho muy buenas lecturas de la realidad y han tomado las decisiones pertinentes.

CONSIDERANDO: Que el presidente de la constitucional de la república en consejo de secretarios de estado, emitió el decreto ejecutivo número PCM-005-2020, publicado diario oficial LA GASETA en fecha diez de febrero del año dos mil veinte, con la fecha publicado seis de marzo del año dos mil veinte. Y decreto ejecutivo número PCM-0232020, publicado en el diario oficial LA GASETA en fecha veintiuno de marzo del año dos mil veinte, en virtud del cual se declara Estado de Emergencia Humanitaria y Sanitaria, en todo el territorio nacional, con el propósito de continuar y fortalecer las acciones de prevención y control y garantizar la atención a las persona que está padeciendo del dengue; asimismo "FUERZA HONDURAS", identificando dentro sus presupuesto municipales el recurso económico para hacer frente a esta Emergencia Humanitaria y Sanitaria, lo anterior en respeto de la autonomía municipal de la cual se encuentra investidos.

Se entiende por TRANSFERENCIA DE EMEREGENCIA COVID-19, a los recursos otorgado desde el nivel central a la municipal, los cuales son destinados exclusivamente para la ejecución de gasto en el combate y prevención del COVID-19, en el marco de OPERACIÓN "FUERZA HONDURAS". Según PCM-061-2020. El modelo de servicios que se debe prestar y los requerimientos necesarios para sus funcionamientos (equipo, insumos, indumentaria de bioseguridad y de protección personal, contratación de recursos humano y otros, a excepción de medicamento) todos los procesos se llevaron en cuenta con los veedores sociales entre ellos la Comisión de Transparencia Municipal, Auditor Interno, Jefe de Centro de Salud, Alcaldesa Municipal, CODEM, Foro Nacional de Convergencia (FONAC)

Nuevo Celilac Santa Bárbara a los veintiocho días del mes de septiembre del año dos mil veinte.



*Maria Josefa Mateo Rivera*  
Maria Josefa Mateo Rivera



### INFORME EJECUTIVO



*Teodolinda Anderson Mejía*  
Teodolinda Anderson Mejía  
Alcaldesa municipal



*Osmin Pérez Herrera*  
Osmin Pérez Herrera  
Auditor Municipal



*Ana Cristina Enamorado Aguilar*  
Ana Cristina Enamorado Aguilar  
Equipo de Respuesta Rápida

*Francisco Miranda Caballero*  
Francisco Miranda Caballero  
Comisionado Municipal



*Bessy Osieris López Guillén*  
Bessy Osieris López Guillén  
Representante del CODEM Vocal 4

*Lenir Edgardo Rodríguez*  
Lenir Edgardo Rodríguez  
Acreditado del FONAC  
(veedor Social)

*Maria Josefa Mateo Rivera*  
Maria Josefa Mateo Rivera  
ES CONFORME  
SECRETARIA

63