



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 FAX # 2643 26 83

EMAIL: santabarbara.cmunicipal@gmail.com

DESPACHO MUNICIPAL

CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros: **EDGARDO ANTONIO BARAHONA TORO**, quien es mayor de edad, casado, Licenciado en Cultura Física, hondureño, de este domicilio, con tarjeta de identidad número 1601-1979-01342, quien comparece en su condición de Alcalde Municipal y Representante Legal de la Municipalidad de Santa Bárbara, Departamento de Santa Bárbara, tal como consta en la Credencial otorgada por el Concejo Nacional Electoral, mediante Certificación No. 2617-2021, Punto III del Acta NO. 74-2021, de fecha 20 de diciembre del 2021, extendida en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, el 30 de diciembre del 2021, quien en lo sucesivo y únicamente para los efectos de este contrato es el Alcalde Municipal, quien denominamos **EL CONTRATANTE** y **NEREYDA BEATRIZ PINEDA GAMEZ**, mayor de edad, hondureña, Doctora en Medicina y Cirugía, con número de identidad **1601-1992-00083**, quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Por Prestación de Servicio Tiempo Determinado, mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes: **CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATANTE** declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **MÉDICO GENERAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Santa Bárbara, en el **CENTRO DE TRIAJE MUNICIPAL**. **CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO** se compromete a ejecutar las funciones siguientes:



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 F

EMAIL: municipalidades@yahoo.com

DESPACHO MUNICIPAL

Atender a pacientes, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento correspondiente. Practicar control de pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén a su cuidado. Revisar expedientes, autorizar salidas e internamientos de pacientes. Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta. Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo. **CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este CONTRATO tendrá una duración de tres (03) meses contado a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**. **CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO:** **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de **VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS (L. 29,800.00)** mensuales. **CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será por turnos de seis horas de Lunes a Viernes, turnos que serán rotativos, establecidos por **EL CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado. **CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCIONES.** **EL CONTRATADO** autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta.



DESPACHO MUNICIPAL

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 periodo de **EL CONTRATO**. **EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que **EL CONTRATADO** o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes. **CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO.** **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adendum siempre que las partes lo convengan por escrito.

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



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

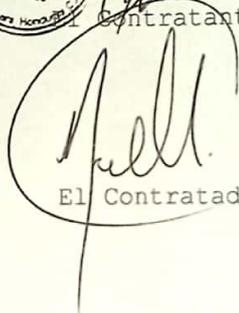
HONDURAS, C. A.
TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 F
EMAIL: santabarbaralcaldia@yahoo.com

DESPACHO MUNICIPAL

CLÁUSULA DÉCIMA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país. **ACEPTACIÓN FINAL.** Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Santa Bárbara Municipio de Santa Bárbara los un (01) días del mes de febrero del año 2022.




Contratante


El Contratado



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL # 2643 29 10 / 2643 23 11 FAX # 2643 26 83

EMAIL: santabarbara cmunicipal@gmail.com

DESPACHO MUNICIPAL

CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros: **EDGARDO ANTONIO BARAHONA TORO**, quien es mayor de edad, casado, Licenciado en Cultura Física, hondureño, de este domicilio, con tarjeta de identidad número 1601-1979-01342, quien comparece en su condición de Alcalde Municipal y Representante Legal de la Municipalidad de Santa Bárbara, Departamento de Santa Bárbara, tal como consta en la Credencial otorgada por el Concejo Nacional Electoral, mediante Certificación No. 2617-2021, Punto III del Acta NO. 74-2021, de fecha 20 de diciembre del 2021, extendida en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, el 30 de diciembre del 2021, quien en lo sucesivo y únicamente para los efectos de este contrato es el Alcalde Municipal, quien denominamos **EL CONTRATANTE** y **ROSA DE JESUS HERNANDEZ LEMOS**, mayor de edad, hondureña, enfermera, con tarjeta de identidad número 1626-1985-00540, quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Por Prestación de Servicio por Tiempo Determinado, mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes: **CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATANTE** declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** quien tendrá su sede en el Municipio de Santa Bárbara, en el **CENTRO DE TRIAJE MUNICIPAL**. **CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO** se compromete a ejecutar las funciones siguientes: clasificación de pacientes, toma de signos vitales, aplicación de medicamento, toma de muestra, vigilancia y monitoreo de pacientes en área de estabilización, Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo. **CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios



DESPACHO MUNICIPAL

médico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**. **CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO:** **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPÍRAS (L. 12,600.00)** mensuales. **CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será por turnos de seis horas de lunes a Viernes, turnos que serán rotativos, establecidos por **EL CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.

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

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



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2043 29 10 / 2043 23 11 F.

EMAIL: santabarbarahda@yahoo.com

DESPACHO MUNICIPAL

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

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

. **ACEPTACIÓN FINAL.** Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Santa Bárbara Municipio de Santa Bárbara los un (01) día del mes de febrero del año 2022.



El Contratante

El Contratado



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 FAX # 2643 26 83

EMAIL: santabarbara.emunicipal@gmail.com

DESPACHO MUNICIPAL

CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros: **EDGARDO ANTONIO BARAHONA TORO**, quien es mayor de edad, casado, Licenciado en Cultura Física, hondureño, de este domicilio, con tarjeta de identidad número 1601-1979-01342, quien comparece en su condición de Alcalde Municipal y Representante Legal de la Municipalidad de Santa Bárbara, Departamento de Santa Bárbara, tal como consta en la Credencial otorgada por el Concejo Nacional Electoral, mediante Certificación No. 2617-2021, Punto III del Acta NO. 74-2021, de fecha 20 de diciembre del 2021, extendida en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, el 30 de diciembre del 2021, quien en lo sucesivo y únicamente para los efectos de este contrato es el Alcalde Municipal, quien denominamos **EL CONTRATANTE** y **JOSE IVAN LOPEZ REYES**, mayor de edad, hondureño, Licenciado en enfermería, con tarjeta de identidad 1601-1997-00811, quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Por Prestación de Servicio por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes: **CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATANTE** declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** quien tendrá su sede en el Municipio de Santa Bárbara, en el **CENTRO DE TRIAJE MUNICIPAL**. **CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO** se compromete a ejecutar las funciones siguientes: Aplicar y velar por adecuado cumplimiento del proceso de enfermería, revisar la historia clínica y supervisar el cumplimiento de las ordenes médica, liderar la revista de enfermería a todos los pacientes, organizar, asignar, delegar y supervisar el trabajo del personal de enfermería, ejercer control sobre la aplicación de métodos y procedimiento de enfermería en el cuidado de pacientes, realizar



DESPACHO MUNICIPAL

actividades de planeación, ejecución y supervisión de los planes de desarrollo de la unidad, identificar las necesidades de los pacientes y definir plan de cuidados previo diagnóstico de enfermería, diseñar y ejecutar de manera semanal la agenda de trabajo, asistir y participar en la revista médica del servicio, informando el estado del paciente su evolución y recuperación, llevar control estrictos de los medicamentos en los servicios de hospitalización, informar al equipo médico sobre la evolución y estado actual del paciente,. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo. **CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este CONTRATO tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**. **CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO:** **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de **VEINTISEIS MIL QUINIENTOS LEMPÍRAS (L. 26,500.00)** mensuales. **CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será por turnos de siete horas de Lunes a Viernes, turnos que serán rotativos, establecidos por **EL CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado. **CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCIONES.** **EL CONTRATADO** autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta. **CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES:** Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, **EL CONTRATADO** se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción Judicial. **EL CONTRATADO** contratará y mantendrá a su propio costo



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2043 29 10 / 2043 23 11 F

EMAIL: santabarbarahh@yahoo.com

DESPACHO MUNICIPAL

los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el periodo de **EL CONTRATO**. **EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que **EL CONTRATADO** o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes. **CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO**. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adendum siempre que las partes lo convengan por escrito.

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

CLÁUSULA DÉCIMA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país. **ACEPTACIÓN FINAL**. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Santa Bárbara Municipio de Santa Bárbara los un (01) día del mes de febrero del año 2020.



[Handwritten signature]
Contratante

[Handwritten signature]
El Contratado



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 FAX # 2643 25 83

EMAIL: santabarbara.municipal@gmail.com

DESPACHO MUNICIPAL

CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros: **EDGARDO ANTONIO BARAHONA TORO**, quien es mayor de edad, casado, Licenciado en Cultura Fisica, hondureño, de este domicilio, con tarjeta de identidad número 1601-1979-01342, quien comparece en su condición de Alcalde Municipal y Representante Legal de la Municipalidad de Santa Bárbara, Departamento de Santa Bárbara, tal como consta en la Credencial otorgada por el Concejo Nacional Electoral, mediante Certificación No. 2617-2021, Punto III del Acta NO. 74-2021, de fecha 20 de diciembre del 2021, extendida en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, el 30 de diciembre del 2021, quien en lo sucesivo y únicamente para los efectos de este contrato es el Alcalde Municipal, quien denominamos **EL CONTRATANTE** y **GLORIA ALEJANDRA RIVERA GONZALEZ**, mayor de edad, hondureña, Doctora en Medicina y Cirugía, con número de identidad 0801-1990-19996, quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Por Prestación de Servicio por Tiempo Determinado, mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

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

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



DESPACHO MUNICIPAL

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

CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contado a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**. **CLÁUSULA CUARTA: DEL**

MONTO Y LA FORMA DE PAGO: **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de **VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS (L. 29,800.00)** mensuales.

CLÁUSULA QUINTA: La Jornada de trabajo será por turnos de siete horas de Lunes a Viernes, turnos que serán rotativos, establecidos por **EL CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.

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



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 F

EMAIL: santabarbaranlealdu@yahoo.com

DESPACHO MUNICIPAL

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

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



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 F

EMAIL: santabarbaraalcaldia@yahoo.com

DESPACHO MUNICIPAL

CLÁUSULA DÉCIMA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país. **ACEPTACIÓN FINAL.** Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Santa Bárbara Municipio de Santa Bárbara los un (01) días del mes de febrero del año 2022.



El Contratante

El Contratado



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A

TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 FAX # 2643 26 83

EMAIL: santabarbara.cmunicipal@gmail.com

DESPACHO MUNICIPAL

CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros: **EDGARDO ANTONIO BARAHONA TORO**, quien es mayor de edad, casado, Licenciado en Cultura Física, hondureño, de este domicilio, con tarjeta de identidad número 1601-1979-01342, quien comparece en su condición de Alcalde Municipal y Representante Legal de la Municipalidad de Santa Bárbara, Departamento de Santa Bárbara, tal como consta en la Credencial otorgada por el Concejo Nacional Electoral, mediante Certificación No. 2617-2021, Punto III del Acta NO. 74-2021, de fecha 20 de diciembre del 2021, extendida en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, el 30 de diciembre del 2021, quien en lo sucesivo y únicamente para los efectos de este contrato es el Alcalde Municipal, quien denominamos **EL CONTRATANTE** y **CLAUDIA LORENA PINEDA**, mayor de edad, hondureña, enfermera, con tarjeta de identidad número 1601-1983-00744, quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Por Prestación de Servicio por Tiempo Determinado, mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes: **CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATANTE** declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** quien tendrá su sede en el Municipio de Santa Bárbara, en el **CENTRO DE TRIAJE MUNICIPAL**. **CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO** se compromete a ejecutar las funciones siguientes: clasificación de pacientes, toma de signos vitales, aplicación de medicamento, toma de muestra, vigilancia y monitoreo de pacientes en área de estabilización, Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo. **CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios



DESPACHO MUNICIPAL

médico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**. **CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO:** **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 12,600.00)** mensuales. **CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será por turnos de siete horas de lunes a Viernes, turnos que serán rotativos, establecidos por **EL CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.

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

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



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 F

EMAIL: santabarbarakalia@yahoo.com

DESPACHO MUNICIPAL

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

CLÁUSULA DÉCIMA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país. **ACEPTACIÓN FINAL.** Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Santa Bárbara Municipio de Santa Bárbara los un (01) día del mes de febrero del año 2022.



El Contratante

C. Pineda

El Contratado



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2643 29 10 / 2643 21 11 FAX # 2643 26 83

EMAIL: santabarbara.municipal@gmail.com

DESPACHO MUNICIPAL

CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros: **EDGARDO ANTONIO BARAHONA TORO**, quien es mayor de edad, casado, Licenciado en Cultura Física, hondureño, de este domicilio, con tarjeta de identidad número 1601-1979-01342, quien comparece en su condición de Alcalde Municipal y Representante Legal de la Municipalidad de Santa Bárbara, Departamento de Santa Bárbara, tal como consta en la Credencial otorgada por el Concejo Nacional Electoral, mediante Certificación No. 2617-2021, Punto III del Acta NO. 74-2021, de fecha 20 de diciembre del 2021, extendida en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, el 30 de diciembre del 2021, quien en lo sucesivo y únicamente para los efectos de este contrato es el Alcalde Municipal, quien denominamos **EL CONTRATANTE** y **ALMA DENIA ENAMORADO SAGASTUME**, mayor de edad, hondureña, con tarjeta de identidad número 1601-1982-00906, quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Por Prestación de Servicio por Tiempo Determinado, 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 aseo de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **ASEADORA DEL TRIAJE** quien tendrá su sede en el Municipio de Santa Bárbara, en el **CENTRO DE TRIAJE MUNICIPAL**. **CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO** se compromete a ejecutar las funciones siguientes: Limpiar las instalaciones del centro de triaje municipal, colaborar con el aseo de los alrededores, Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo. **CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios de aseo; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 F.

EMAIL: santabarbarahonduras@yahon.com

DESPACHO MUNICIPAL

dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**.

CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de **DOCE MIL LEMPIRAS (L. 12,000.00)** mensuales.

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES: Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, **EL CONTRATADO** se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción

Judicial. **EL CONTRATADO** contratará y mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el período de **EL CONTRATO**. **EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que **EL CONTRATADO** o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes. **CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO.** **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adendum 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



MUNICIPALIDAD DE SANTA BARBARA

HONDURAS, C. A.

TEL. # 2643 29 10 / 2643 23 11 F

EMAIL: santabarbarahda@yahoo.com

DESPACHO MUNICIPAL

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

CLÁUSULA DÉCIMA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país. **ACEPTACIÓN FINAL.** Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Santa Bárbara Municipio de Santa Bárbara los un (01) día del mes de febrero del año 20



El Contratante

El Contratado