

2
3
4



Municipalidad de San Luis

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

CHEQUE No. 00013636

Cuenta No. 11-208-000123-8

SAN LUIS
Lugar y Fecha

19 de junio de 2022

11PT13654

LURVIN GUADALUPE SABILLON RIVERA

L

8,545.33

Páguese a la orden de

OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO CON TREINTA Y TRES CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

00120807900011208000123800013636

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Cancelación de los servicios prestados como auxiliar de enfermería correspondiente a los 26 días del mes de mayo 2022. En la Clínica Municipal ubicada en el edificio Municipal, B^o El Centro

CUENTA No.	DESCRIPCION	DEBE	HABER

4
3

00013636

K.S.M.

[Handwritten signature]

R.R. DONNELLEY DE HONDURAS, S.A. DE C.V. TELS.: 2240-9600, 2446-0700, (CR 02-22) * 5555-21 * 11PT13654



Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2022

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 10/06/2022
Hora : 01:44 p.m.
USUARIO: KARLA.MUÑOZ
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 12619

L.: 8,545.33

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2757

Fecha de Emision: 10/6/2022

No.Cheque/Nota de Debito: 13636

Paguese a: LURVIN GUADALUPE SABILLON RIVERA

Id/RTN: 1620198100120

La Cantidad en Letras: OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO CON TREINTA Y TRES CENTAVOS

Descripcion:

Cancelación de los servicios prestados como auxiliar de enfermería correspondiente a los 26 días del mes de mayo 2022. En la Clínica Municipal ubicada en el edificio Municipal, B° El Centro

CODIGO	PROYECTO/ OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 001 000 55110 11-001-01	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	8,545.33

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	8,545.33
Monto Total:		8,545.33

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
DESCRIPCION	MONTO
SUBTOTAL	8,545.33
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	8,545.33

Firma y Sello de Presupuestario

Sello de Alcalde (sa)

Sello de Tesoreria

Recibido por: Lurvin Sabillon
Identidad No.: _____

0s+js/j9Jmep2dEARCJkrnw0bwoaHwcAby4cmHluKDs3SZ7cnCDgneYJCdYvIBrUT/RaFTIi+hdz579K+c0uX/HI69eTYu37HeDOpn1c5DyQKFJBzoeSNtGLHqPzll
Pk5tC6M356z5/LAUqdKka25xM8SXz9v2kdGKizn/1g=

MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Lorvin Guadalupe Sabillon Rivera

Con Tarjeta de Identidad 1620-1981-00120

Solvencia N°

DESCRIPCION DEL PAGO:

Cancelación de los servicios prestados como
auxiliar de enfermería, correspondientes a 26
días comprendidos del 06 de Mayo al
31 de Mayo del 2022, en la Clínica
Municipal Ubicada en B° El Centro

L.8,545.33

SOLICITADO POR Jenny Sabillon

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES _____

San Luis, Santa Bárbara _____ de _____ del 2022.



Jose Ronmel Rivera Orellana
Alcalde Municipal

CONTRATO DE SERVICIOS

Nosotros: JOSE RONMEL RIVERA ORELLANA, Licenciado en Ciencias Policiales, con domicilio en el Barrio Paz Barahona de San Luis Santa Bárbara, identidad **1620-1975-00296**, actuando en mi condición de **ALCALDE DEL MUNICIPIO DE SAN LUIS SANTA BÁRBARA** según certificación **N. 2617-2021**, facultad que me otorga la responsabilidad, respaldo legal y administrativo así como las atribuciones suficientes como el amparo para celebrar convenios y acciones que se conviertan en bienestar para las habitantes, quien en lo sucesivo se denominara **el CONTRATANTE** y **LURVIN GUADALUPE SABILLON RIVERA** con identidad **1620-1981-00120** Enfermera Auxiliar, quien para los mismo efectos se denominara **el CONTRATADO**, Ambos haciendo uso de sus derechos y obligaciones que la ley les confiere para celebrar el presente contrato de prestaciones de servicio previo análisis de las partes procedimos a firmar dicho acuerdo bajo las condiciones siguientes :

CLAUSULA PRIMERA: La Enfermera **LURVIN GUADALUPE SABILLON RIVERA** prestara sus servicios profesionales en Clínica comunitaria Municipal y deberá realizar otras actividades dentro del término municipal de acuerdo a las necesidades y la planificación que la dirección de ese centro asistencial consideren necesarios para el bienestar de la población.

CLAUSULA SEGUNDA: El presente **CONTRATO tendrá una vigencia de (26) veintiséis días, contados a partir del 06 de mayo del 2022 hasta el 31 de mayo del 2022**, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes contratantes, prestando el **CONTRATADO** sus servicio como auxiliar de enfermería en la clínica comunitaria Municipal, por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO** finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**.

CLAUSULA TERCERA: Por la prestación del Servicio **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar al **CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de **(LPS. 9,860.00) NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA LEMPIRAS EXACTOS**.

CLAUSULA CUARTA:- DEDUCCIONES. El **CONTRATADO** autoriza por este medio a que se deduzca de sus pagos el impuesto sobre la renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la ley del impuesto sobre la renta.

CLAUSULA QUINTA.- La jornada de trabajo será de **(8) seis horas diarias**, distribuidas por turnos rotativos establecidos por el **Director (a) Municipal de Salud** de acuerdo a la planificación realizada en ese centro asistencial 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 tuno realizado.

CLAUSULA SEXTA: ESTIPULACIONES ESPECIALES: Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los términos 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 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.

CLAUSULA SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO, EL CONTRATO podrá ser modificado mediante adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLAUSULA OCTAVA: DE LA RESCISION 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 compromisos por parte de la Municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha.

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

ACEPTACION FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las clausulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos el presente **CONTRATO** en la Ciudad de San Luis Departamento de Santa Bárbara a los **05 días del mes de Mayo del 2022.**



Lic. José Rommel Rivera Orellana
CONTRATANTE

Lurvin Guadalupe Sabillon Rivera
CONTRATADO

VB. Jefe Unidad Municipal de Salud



Municipalidad de San Luis

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

CHEQUE No. 00013635

Cuenta No. 11-208-000123-8

Lugar y Fecha

SAN LUIS

10 de junio de 2022

Páguese a la orden de

NOLVIA GABARA RODRIGUEZ

L

8,545.33

Cantidad en letras

OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO CON TREINTA Y TRES CENTAVOS

Lempiras



Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

0012080790001208000123800013635

CONCEPTO DEL PAGO

PAGO DE Cancelación de los servicios prestados como auxiliar de enfermería correspondiente a los 26 días del mes de mayo 2022. En Clínica Municipal ubicada en el edificio Municipal, B^o El Centro

CUENTA No.	DESCRIPCION	DEBE	HABER
00013635	K.S.M.		
CHEQUE No.	HECHO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
			RECIBI CONFORME

R.R. DONNELLEY DE HONDURAS, S.A. DE C.V. TELS. 2246-6600, 2246-0700, /CR. (02-22) * 6656-21 * 11PT13844

00285



Honduras, C.A.

SAN LUIS, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2022

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 10/06/2022
Hora : 01:45 p.m.
USUARIO: KARLA.MUÑOZ
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 12620

L.: 8,545.33

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2756

Fecha de Emision: 10/6/2022

No.Cheque/Nota de Debito: 13635

Paguese a: NOLVIA GABARA RODRIGUEZ

Id/RTN: 1408197300067

La Cantidad en Letras: OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO CON TREINTA Y TRES CENTAVOS

Descripcion:

Cancelación de los servicios prestados como auxiliar de enfermería correspondiente a los 26 días del mes de mayo 2022. En la Clínica Municipal ubicada en el edificio Municipal, B° El Centro

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 001 000 55110 11-001-01	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	8,545.33

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	8,545.33
Monto Total:		8,545.33

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
DESCRIPCION	MONTO
SUBTOTAL	8,545.33
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	8,545.33

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por: [Signature]
Identidad No.: _____

0s+js/j9Jmep2dEARCJkmw0bwoaHwcAby4cmHluKDs3SZ7cnCDgneYJCdYvtBrUT/IRaFTIi+hdz579K+c0uX/HI69eTYu37HeDOpn1c5DyQKFJBjeoSNIgLGhQpZll
Pk5tC6M356z5/LAUqdKka25xXM8Sxz9v2kdGKizn/1g=

MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, SANTA BARBARA

SOLICITUD DE PAGO

SEÑOR ALCALDE MUNICIPAL

Por este medio se solicita pago para:

PROVEEDOR Nolvia Gadara Rodriguez

Con Tarjeta de Identidad 1408-1973-00067

Solvencia N° _____

DESCRIPCION DEL PAGO:

Cancelación de los servicios prestados como
auxiliar de enfermería correspondientes a 26
días comprendidos del 06 de Mayo al
31 de Mayo del 2022, en la Clínica
Municipal ubicada en Bº El Centro.
L.8,545.33

SOLICITADO POR [Firma]

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS O BIENES _____

San Luis, Santa Bárbara _____ de _____ del 2022.



[Firma]
Jose Ronmel Rivera Orellana
Alcalde Municipal

CONTRATO DE SERVICIOS

Nosotros: **JOSE RONMEL RIVERA ORELLANA**, Licenciado en Ciencias Policiales, con domicilio en el Barrio Paz Barahona de San Luis Santa Bárbara, identidad **1620-1975-00296**, actuando en mi condición de **ALCALDE DEL MUNICIPIO DE SAN LUIS SANTA BÁRBARA** según certificación N. **2617-2021**, facultad que me otorga la responsabilidad, respaldo legal y administrativo así como las atribuciones suficientes como el amparo para celebrar convenios y acciones que se conviertan en bienestar para las habitantes, quien en lo sucesivo se denominara el **CONTRATANTE** y **NOLVIA GADARA RODRIGUEZ** con identidad **1408-1973-00067** Enfermera Auxiliar, quien para los mismo efectos se denominara el **CONTRATADO**, Ambos haciendo uso de sus derechos y obligaciones que la ley les confiere para celebrar el presente contrato de prestaciones de servicio previo análisis de las partes procedimos a firmar dicho acuerdo bajo las condiciones siguientes :

CLAUSULA PRIMERA: La Enfermera **NOLVIA GADARA RODRIGUEZ** prestara sus servicios profesionales en Clínica comunitaria Municipal y deberá realizar otras actividades dentro del término municipal de acuerdo a las necesidades y la planificación que la dirección de ese centro asistencial consideren necesarios para el bienestar de la población.

CLAUSULA SEGUNDA: El presente **CONTRATO tendrá una vigencia de (26) Veintiséis días, contados a partir del 06 de mayo del 2022 hasta el 31 de mayo del 2022**, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes contratantes, prestando el **CONTRATADO** sus servicio como auxiliar de enfermería en la clínica comunitaria Municipal, por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO** finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE**.

CLAUSULA TERCERA: Por la prestación del Servicio **EL CONTRATANTE** se compromete a pagar al **CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de **(LPS. 9,860.00) NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA LEMPIRAS EXACTOS**.

CLAUSULA CUARTA:- DEDUCCIONES. **EL CONTRATADO** autoriza por este medio a que se deduzca de sus pagos el impuesto sobre la renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la ley del impuesto sobre la renta.

CLAUSULA QUINTA.- La jornada de trabajo será de **(8) seis horas diarias**, distribuidas por turnos rotativos establecidos por el **Director (a) Municipal de Salud** de acuerdo a la planificación realizada en ese centro asistencial 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 tuno realizado.

CLAUSULA SEXTA: ESTIPULACIONES ESPECIALES: Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los términos 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 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.

CLAUSULA SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO, **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.


CLAUSULA OCTAVA: DE LA RESCISION 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 compromisos por parte de la Municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha.

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

ACEPTACION FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las clausulas derivadas del presente documento. En fe de lo cual, firmamos el presente **CONTRATO** en la Ciudad de San Luis Departamento de Santa Bárbara a los **05 días del mes de Mayo del 2022.**



Lic. José Rommel Rivera Orellana
CONTRATANTE


Nolvía Gadara Rodríguez
CONTRATADO

VB. Jefe Unidad Municipal de Salud