

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Angélica Estefanía Rodríguez Alvarado
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1989-20718 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Angélica Estefanía Rodríguez Alvarado
Angélica Rodríguez 0801-1989-20718
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Edwin Geovani Ariano Lopez
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801198407486 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmando que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Edwin Geovani Ariano Lopez
Edwin Ariano 0801198407486
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Elna Justo Aleman
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0907-1987-00130 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Elna Justo Aleman
Elna Justo 0907-1987-00130
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Eric Gerardo Santos Sánchez

Con número de identidad 0801198812512

Por este medio me comprometo a participar

en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonerar de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Eric Gerardo Santos Sánchez

Eric Santos 0801 1988 12512

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Eulalia Elena Cruz Barahona
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0808-1984-00013 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Eulalia Elena Cruz Barahona
Eulalia Cruz 0808-1984-00013

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 13 de Marzo del 2020

Yo Fernando Enrique Lobo Cerna
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1993-22236 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Fernando Enrique Lobo Cerna
0801199322236 Fernando Lobo

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Gobiela Isobel López Solgado

Con número de identidad 0301 - 1990 - 09005 Por este medio me comprometo a participar

en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Viví Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Viví Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmando que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Gobiela Isobel López Solgado
Gobiela López 0301 - 1990 09005

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Isela Jasmin Jiménez Castellanos

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1992-23737 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmando que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Isela Jasmin Jiménez Castellanos

0801-1992-23737 Isela Jiménez

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 15 de Marzo del 2020

Yo Josue David Villanueva Ordoñez
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1991-09168 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmando que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Josue David Villanueva Ordoñez
0801-1991-09168 Josue Villanueva

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Juan Fernando Inestroza Galeas
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 1007 1992 00622 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Juan Fernando Inestroza Galeas
Juan Inestroza 1007 1992 00622
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Kelin Josefin Zuniga Murillo
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1984-16072 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Kelin Josefin Zuniga Murillo
Kelin Zuniga 0801-1984-16072
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Lilian Oneida Barahona Barrientos
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0825-1983-00123 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Viví Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Viví Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmando que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Lilian Oneida Barahona Barrientos

Lilian Barahona 0825-1983-00123

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 13 de Marzo del 2020

Yo Maribeya Janeth Pavón Rivera
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1994-18371 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Maribeya Janeth Pavón Rivera
Maribeya Pavón 0801-1994-18371
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 13 de Marzo del 2020

Yo Olga Alejandra Bejarano Torres
PRIMER NOMBRE SEGUUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1991-15935 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Olga Alejandra Bejarano Torres.
0801199115935 Olga Bejarano
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Ramón Guillermo Antúnez Matute
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 1501 1988 00334 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmando que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Ramón Guillermo Antúnez Matute
Ramón Antúnez 1501 1988 00334
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Raúl Eduardo Trejo Alvarez
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1988-21956 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Raúl Eduardo Trejo Alvarez
Raúl Trejo 0801-1988-21956
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Ruth Nohemy Reconco Almendarez
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1989-00399 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Viví Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Viví Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Ruth Nohemy Reconco Almendarez
Ruth Reconco 0801-1989-00399

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Casas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 13 de Marzo del 2020

Yo Shionny Esau Cadalzo Sevilla
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1991-12869 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Shionny Esau Cadalzo Sevilla
Shionny Cadalzo 0801-1991-12869
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Tania Sarahí Raudales Nuñez
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0704 1986 00149 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Tania Sarahí Raudales Nuñez
Tania Raudales 0704198600149
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Tomas Antonio Santos Rodriguez
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1983-16941 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmando que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Tomas Antonio Santos Rodriguez
Tomas Santos 0801-1983-16941
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Victor David Quintanilla Rodriguez

Con número de identidad 0801 1985-19056 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmando que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Victor David Quintanilla Rodriguez
Victor Quintanilla 0801-1985-19056

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo Yara Alin Ramírez Herrera.

Con número de identidad 0801-1995-04715 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

Yara Alin Ramirez Herrera
Yara Ramirez 0801-1995-04715
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 30 de Marzo del 2020

Yo yeesi Navely Cruz Artica
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0715-1980-00390 Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor, en cumplimiento a las siguientes condiciones:

DEL PARTICIPANTE:

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médicos Generales y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, Enfermeras, Enfermeras Auxiliares o cualquier otro título vinculado al área de la salud.
 - Fotocopia de Título Universitario (Si el título fue obtenido en el extranjero, este debe de estar refrendado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras)
 - Fotocopia de Certificado en el área de la Salud (Debe estar avalado por la Secretaria de Salud)
 - Fotocopia de la tarjeta de identidad
 - Constancia original de Cuenta de Ahorro
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por las instituciones participantes.
3. La Institución podrá dar por terminado en cualquier momento sin justificación alguna, su relación con los beneficiarios previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Proyecto. En tal sentido el Proyecto únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado, el cual será pagado de manera proporcional.
4. No ser beneficiario de otro Programa Social impulsado por el Gobierno de la Republica.
5. Exonero de toda responsabilidad al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor de cualquier negligencia en los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a las diferentes instituciones participantes del país.
6. El Programa no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos del área de la salud, debido a la tardanza en la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmo que soy beneficiario del Proyecto Código Verde Más, reconozco que no existe una relación laboral con las instituciones involucradas en el Proyecto.
8. Recibir un beneficio económico en concepto de incentivo al desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas y técnicos en el área de la salud, este incentivo será determinado por la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud, según comunicación oficial establecida por el Programa.
9. Después de tres días continuos o cinco días alternos de ausencia sin justificación, se procederá a la suspensión automática del Proyecto Código Verde Mas sin lugar a reclamos, el Programa pagará de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.
10. El beneficiario tiene por entendido que las inasistencias por incapacidad, permisos académicos y cualquier otro tipo, no serán remuneradas por el Proyecto Código Verde Más.

DEL PROGRAMA:

1. Asegurarse de cumplir con el pago del incentivo otorgado al beneficiario por la capacitación conforme a comunicación oficial establecida por el Programa y en base al cumplimiento de los objetivos del Proyecto.

YEESI Navely Cruz Artica
yeesi cruz 0715198000390
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando