

OFICIO DP/PPCCVM 290-2020

Tegucigalpa, M.D.C. 06 mayo del 2020

REF: MEMORANDO N° SPC-IAIP-032-2020

MSC.

Ivonne Lizeth Ardón Andino

Comisionada Secretaria de Pleno
Instituto de Acceso a la Información Pública.

Estimada Comisionada Ardón:

Sirva la presente para enviarle un respetuoso saludo. En seguimiento al MEMORANDUM N° SPC-IAIP-032-2020 "a efecto de subsanar lo indicado a través del Portal publicando la información faltante", hacemos de su conocimiento que el Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivís Mejor no realiza contrataciones de personas para la ejecución de sus Proyectos de empleo, ya que los consideramos beneficiarios de un Programa Social del Gobierno de la República, para lo cual se estableció como instrumento de verificación y de insumo de información las Fichas de Información del Participantes y Acta de Compromiso del Participante, por lo cual se adjunta su formato para su verificación.

Sin otro particular, me despido deseando éxitos en sus funciones con muestras de consideración y alta estima.

Atentamente.


MIGUEL ENRIQUE MORAZAN
DELEGADO PRESIDENCIAL



FICHA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

FORMATO 3



El Presidente de la República, Juan Orlando Hernández, te da la bienvenida al Programa de Empleo y Oportunidades bajo el Programa Presidencial Con Chamba Vivís Mejor y su Proyecto Código Verde Más, el cual tiene por objetivo generar oportunidades de empleo para el desarrollo de capacidades laborales a Profesionales Especialistas y Técnicos del Área de Salud, con el fin de mejorar la atención médica a los usuarios de los diferentes Centros Asistenciales.

“Sólo el trabajo honesto y arduo puede sacar adelante a Honduras. Hay que trabajar duro para lograr lo que se quiere, ahora depende de ti cuidar tu trabajo; Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando”.

Juan Orlando

- 1 Nombre del Centro Asistencial: _____
- 2 Dirección del Lugar de Trabajo / Sucursal: _____
- 3 Título Obtenido: _____
- 1 Nombre: _____
- 2 No. Identidad: _____
- 3 Dirección de casa: _____
- 4 Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Celular alternativo: _____
- 5 Datos de familiares y personas dependientes con quien vive:

| 1er. NOMBRE | 2do. NOMBRE | 1er. APELLIDO | 2do. APELLIDO | PARENTESCO |
|-------------|-------------|---------------|---------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. _____ de _____ del 2020

Yo _____

Con número de identidad _____ Por este medio me comprometo a participar en el Proyecto Código Verde Más, adscrito al Programa Presidencial de Empleo Con Chamba Vivis 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 Vivis 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.

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando