

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 17 de Junio del 2020

Yo Yoly Mariana Martinez Licon

Con número de identidad 1601-1993-00839 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 Secretaría 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 Secretaría 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 Más 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.

Yoly Mariana Martinez Licon
1601199300839 Yoly Martinez
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. 17 de Junio del 2020

Yo Yilian Catalina Izaguirre Gonzales

Con número de identidad 0301-1987-00664 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Yilian Catalina Izaguirre Gonzales
0301-1987-00664 Yilian Izaguirre
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. 17 de Junio del 2020

Yo Yeni Carolina Almendarez Reyes

Con número de identidad 0801-1989-08366

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 Secretaría 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 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 Secretaría 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.

Yeni Carolina Almendarez Reyes
0801-1989-08366 Yeni Almendarez

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. 17 de Junio del 2020

Yo

Yanaryt Paola

López

Aceituno

Con número de identidad 1502-1986-00254 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.

Yanaryt Paola López Aceituno
1502198600254 / Yanaryt López
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. 17 de Junio del 2020

Yo Warner Ariel Marroquin Nieto

Con número de identidad 0801-1992-18339 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Warner Ariel Marroquin Nieto
0801-1992-18339 Warner Marroquin
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. 17 de Junio del 2020

Yo Victoria Alejandra Acosta Gonzalez

Con número de identidad 0801-1986-11759 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 Secretaría 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. 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 Secretaría 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.

Victoria Alejandra Acosta Gonzalez
0801-1986-11759 Victoria Acosta.

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. 17 de Junio del 2020

Yo Stephanie Valester Gallo

Con número de identidad 0801-1986-09837

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. Exonerar 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.

Stephanie Valester Gallo
0801198609837, Stephanie Valester
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. 17 de Junio del 2020

Yo Sindy Iveth Sevilla Aplicano

Con número de identidad 0801-1979-04527

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Sindy Iveth Sevilla Aplicano
Sindy Sevilla 0801 1979 04527
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. 17 de Julio del 2020

Yo Sendy Vanessa Cáceres Elvir

Con número de identidad 0801-1991-02999 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Sendy Vanessa Cáceres Elvir
Sendy Cáceres 0801-1991-02999
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. 17 de Junio del 2020

Yo Selvin Reiniery Carcamo Olivera

Con número de identidad 0103 1980 00495

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. 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.

Selvin Reiniery Carcamo Olivera
Selvin Carcamo 0103198000495

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. 17 de Junio del 2020

Yo Selly Consuelo Ramos Sanchez

Con número de identidad 0801-1990-15673

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. 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.

Selly Consuelo Ramos Sanchez
0801-1990-15673 Selly Ramos

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. 17 de Junio del 2020

Yo Sara Zoar Santos Flores

Con número de identidad 0801-1987-10045 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 Secretaría 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 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 Secretaría 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.

Sara Zoar Santos Flores
0801-1987-10045 Sara Santos
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. 17 de JUNIO del 2020

Yo Samia Melissa Romero Nolasco

Con número de identidad 0703-1987-03601 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Samia Melissa Romero Nolasco
0703198703601 Samia Romero
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. 17 de Junio del 2020

Yo Saira Vanessa Elvir Matamoras
PRIMERO APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1988-18567 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Saira Vanessa Elvir Matamoras
Saira Elvir 0801-1988-18567

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. 17 de Junio del 2020

Yo Rosa Indira Lagos Ohara

Con número de identidad 0601-1991-00475

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 Secretaría 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 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 Secretaría 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.

Rosa Indira Lagos Ohara
0601-1991-00475 Rosa Lagos
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. 17 de Junio del 2020

Yo Rosa Elizabeth Irias Garcia

Con número de identidad 0801-1991-09246

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.

Rosa Elizabeth Irias Garcia
0801-1991-09246 Rosa Irias
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Casos buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 17 de Junio del 2020

Yo Rolando Aveni Soto Campos

Con número de identidad 0306-1992-00712 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Rolando Aveni Soto Campos
0306-1992-00712 Rolando Soto

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. 17 de Junio del 2020

Yo Rocio Carolina Godoy Núñez

Con número de identidad 0801-1992-05694

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 Secretaría 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 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 Secretaría 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.

Rocio Carolina Godoy Núñez
0801199205694 Rocio Godoy

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. 17 de Junio del 2020

Yo Rebeca Paola Moncada Cubas

Con número de identidad 0801-1991-10223 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.

Rebeca Paola Moncada Cubas
0801-1991-10223 Rebeca Moncada

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. 17 de Junio del 2020

Yo Oscar Nahún Flores Gonzales

Con número de identidad 0801-1988-12182

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Oscar Nahún Flores Gonzales
0801-1988-12182 Oscar Flores

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. 17 de Junio del 2020

Yo Nora Lucia Salgado Martinez

Con número de identidad 0801-1986-13282

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.

Nora Lucia Salgado Martinez
0801-1986-13282 Nora Salgado

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. 17 de Junio del 2020

Yo Nashxielly Alejandra Guevara Menz

Con número de identidad 0801-1987-06833 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Nashxielly Alejandra Guevara Menz
Nashxielly Guevara 0801-1987-06833
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. 17 de Junio del 2020

Yo Melvin Noe Pineda Zuniga

Con número de identidad 0801-1988-22106

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. Exonerar 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.

Melvin Noe Pineda Zuniga
0801198822106 Melvin Pineda.
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. 17 de Junio del 2020

Yo Melisa Sandoval Yanez
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TERCER APELLIDO CUARTO APELLIDO

Con número de identidad 1702-1992-00037 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. 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.

Melisa Sandoval Yanez
1702-1992-00037 Melisa Sandoval

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. 17 de Junio del 2020

Yo Marlin Jannette Cerrato Murillo

Con número de identidad 0801-1989-19645 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 Secretaría 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.

Marlin Jannette Cerrato Murillo
0801198919645 Marlin Cerrato

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. 17 de Junio del 2020

Yo Luis Miguel Jimenez Castellón

Con número de identidad 1001-1989-00174

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.

Luis Miguel Jimenez Castellón
1001-1989-00174 Luis Jimenez
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. 17 de Junio del 2020

Yo Leonel Jose Pascual Quiroz

Con número de identidad 0101-1986-03024

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. Exonerar 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.

Leonel Jose Pascual Quiroz

0101-1986-03024

Leonel Pascual

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. 17 de Junio del 2020

Yo Lenar Ulises Díaz Flores

Con número de identidad 0611-1984-00057 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.

Lenar Ulises Díaz Flores
0611198400057 Lenar Díaz
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. 17 de Junio del 2020

Yo Laura Julia Salgado Castro

Con número de identidad 0801-1992-13021 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.

Laura Julia Salgado Castro
0801-1992-13021 Laura Salgado
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. 17 de Junio del 2020

Yo Kenia Gisela Avarez Aguilera

Con número de identidad 0703-1987-03253 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.

Kenia Gisela Avarez Aguilera
0703-1987-03253 Kenia Avarez
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. 17 de Junio del 2020

Yo

Keidy Marilena Aguilar Jimenez

Con número de identidad 08011988 02060 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. 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.

Keidy Marilena Aguilar Jiménez
0801-1988-0260 Keidy Aguilar

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. 17 de Junio del 2020

Yo Kathya Lizyera Ponce Mendoza

Con número de identidad 0801-1991-01073 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.

Kathya Lizyera Ponce Mendoza
0801-1991-01073 Kathya Ponce

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. 17 de Junio del 2020

Yo Karol Elizabeth Pacheco Nuñez

Con número de identidad 1807-1988-01665

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. 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.

Karol Elizabeth Pacheco Nuñez
1807198801665 ; Karol Pacheco

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. 17 de Junio del 2020

Yo Karla Alejandra Díaz Montoya

Con número de identidad 0801-1988-20689

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. Exonerar 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. 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.

Karla Alejandra Díaz Montoya
0801 1988 20689 Karla Díaz

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. 17 de Junio del 2020

Yo Karen Judith Molina Aguirre
(FOTOCOPIA DE TÍTULO) (FOTOCOPIA DE TÍTULO) (FOTOCOPIA DE TÍTULO) (FOTOCOPIA DE TÍTULO)

Con número de identidad 03011982-00363 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.

Karen Judith Molina Aguirre
Karen Molina 0301198200363

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. 17 de Junio del 2020

Yo Juan Pablo Romero Lopez

Con número de identidad 0801-1984-10855 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 Pablo Romero Lopez
0801-1984-10855 Juan Romero.
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. 17 de Junio del 2020

Yo Juan Carlos Izcoo Diaz
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1989-09942 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. 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 Carlos Izcoo Diaz
Juan Izcoo 0801 1989 09942

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. 17 de Junio del 2020

Yo Joeline Janeth Inas Añila

Con número de identidad 0801-1992-08455 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Joeline Janeth Inas Añila
0801-1992-08455 Joeline Inas

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. 17 de Junio del 2020

Yo Jose De Jesus Umanzor Zavala

Con número de identidad 1701-1989-01329 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.

Jose de Jesus Umanzor Zavala

1701-1989-01329

Jose Umanzor

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. 17 de Junio del 2020

Yo José Alberdo Rivera Barahona
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1987-00324 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. 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.

José Alberto Rivera Barahona
0801-1987-00324 José Rivera
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. 17 de Junio del 2020

Yo Jorge Samuel Calix Hernández

Con número de identidad 1707-1987-00816 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.

Jorge Samuel Calix Hernández
Jorge Calix 1707198700816

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. 17 de Junio del 2020

Yo Jorge Marcell Ríos Valle

Con número de identidad 0301-1992-00278 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.

Jorge Marcell Ríos Valle
Jorge Ríos 0301-1992-00278
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. 11 de Julio del 2020

Yo JOHNNY NAHOM FLORES PÉREZ

Con número de identidad 0815-1994-00436 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 Secretaría 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. 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 Secretaría 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.

JOHNNY NAHOM FLORES PÉREZ
0815-1994-00436 JOHNNY FLORES
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. 17 de Junio del 2020

Yo Jimmy Alexander Ortiz Cruz
(NOMBRE COMPLETO) (NÚMERO DE IDENTIDAD) (NOMBRE COMPLETO) (NÚMERO DE IDENTIDAD)

Con número de identidad 0901-1987-13995 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. 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.

Jimmy Alexander Ortiz Cruz
0801-1987-13995 Jimmy Ortiz
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. 17 de Junio del 2020

Yo Jessler Missael Padilla Rodriguez

Con número de identidad 0801-1987-05748 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Jessler Missael Padilla Rodriguez
0801-1987-05748 Jessler Padilla

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. 17 de Junio del 2020

Yo Jesser Josue Osorio Lainez

Con número de identidad 0205-2002-00193

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.

Jesser Josue Osorio Lainez
0205-2002-00193 Jesser Osorio
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. 17 de Junio del 2020

Yo Ivonne Julissa Romero Salinas

Con número de identidad 0706-1997-00003 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Ivonne Julissa Romero Salinas
0706-1997-00003 Ivonne Romero
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. 17 de Junio del 2020

Yo Iris Maricela Flores Mejía

Con número de identidad 0801-1996-05330

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Iris Maricela Flores Mejía
0801-1996-05330 Iris Flores
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. 17 de Junio del 2020

Yo Indira Ximena Flores Milla

Con número de identidad 0801-1990-07654

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. Exonerar 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.

Indira Ximena Flores Milla

0801-1990-07654

Indira Flores

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. 17 de Junio del 2020

Yo Indra Sarahi Duron Godoy

Con número de identidad 0801-1989-00042 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. 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.

Indra Sarahi Duron Godoy
Indra Duron 0801-1989-00042
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. 17 de Junio del 2020

Yo Hileand Stephany Banegas Osoto

Con número de identidad 0801 1991 23543 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 Secretaría 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. 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 Secretaría 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.

Hileand Stephany Banegas Osoto
Hileand Banegas Osoto 0801-1991-23543

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. 17 de Junio del 2020

Yo Hector Ricardo Lopez Nuñez

Con número de identidad 0801-1988-08551 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.

Hector Ricardo Lopez Nuñez
0801-1988-08551 Hector Lopez
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. 17 de Junio del 2020

Yo Harold Hazel Arguello Handres

Con número de identidad 0801-1990-24313 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 Secretaría 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 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. 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 Secretaría 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.

Harold Hazel Arguello Handres
0801-1990-24313 Harold Arguello
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. 17 de Junio del 2020

Yo Guillermo Antonio Toledo Mena

Con número de identidad 0501-1931-08372

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Guillermo Antonio Toledo Mena
0501193108372 Guillermo Toledo
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. 17 de Junio del 2020Yo Gloria Mercedes Orellana Meza

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 1001-1968-00047

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Gloria Mercedes Orellana Meza1001 1968 00047 Gloria Orellana

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. 17 de Junio del 2020

Yo Gisselle Anahí Fiallos Sierra

Con número de identidad 0801-1989-05878 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Gisselle Anahí Fiallos Sierra
0801-1989 05878 Gisselle Fiallos
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. 17 de Junio del 2020

Yo Francis Carolina Bejarano Malta

Con número de identidad 0801-1986-12766

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.

Francis Carolina Bejarano Malta
0801-1986-12766 Francis 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. 17 de Junio del 2020

Yo Eyby Lariza Bonilla Soto

Con número de identidad 0801-1989-21013

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.

Eyby Lariza Bonilla Soto

0801-1989-21013 Eyby Bonilla

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. 17 de Junio del 2020

Yo Evelin Judith Ordoñez Martínez

Con número de identidad 0801 1988 10997 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. Exonerar 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.

Evelin Judith Ordoñez Martínez
Evelin Ordoñez 0801-1988-10997

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. 17 de Junio del 2020

Yo Eunice Sarai Barrientos Gomez

Con número de identidad 1301199100128

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.

Eunice Sarai Barrientos Gomez
Eunice Barrientos 1301199100128

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. 17 de Junio del 2020

Yo Esther Alejandra Martinez Sanchez

Con número de identidad 0801-1989-07243

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. 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.

Esther Alejandra Martinez Sanchez
0801-1989-07243 Esther Martinez

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. 17 de Junio del 2020

Yo Escarleth Ninoska Florentino Moncada

Con número de identidad 0801-1992-01828 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 Secretaría 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. Exoneró 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 Secretaría 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.

Escarleth Ninoska Florentino Moncada
0801-1992-01828 Escarleth Florentino

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. 17 de Junio del 2020.

Yo Elmer Isaac Villalobos Mendoza

Con número de identidad 0601-1991-02883

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Elmer Isaac Villalobos Mendoza

0601-1991-02883

Elmer Villalobos

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. 17 de Junio del 2020

Yo Elena Gabriela Pérez Oliva

Con número de identidad 0801-1988-23085

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Elena Gabriela Pérez Oliva

0801-1988-23085 Elena Pérez

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. 17 de Junio del 2020

Yo Efraín Edgardo Fonseca Barahona

Con número de identidad 0801-1975-06638 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 Secretaría 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 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. 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 Secretaría 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.

Efraín Edgardo Fonseca Barahona
0801-1975-06638 Efraín Fonseca

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. 17 de Junio del 2020

Yo Edmundo Alejandro Morales Pinto

Con número de identidad 0818-1994-00060

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.

Edmundo Alejandro Morales Pinto
0818199400060 Edmundo Morales

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. 17 de Junio del 2020

Yo Dulce Sofia Torres Moreno

Con número de identidad 0801-1988-14740 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. Exonerar 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.

Dulce Sofia Torres Moreno
0801-1988-14740 Dulce Torre
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. 17 de Junio del 2020

Yo Doris Waleska Alvarez Castro

Con número de identidad 1501-1990-01741

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Doris Waleska Alvarez Castro
1501-1990-01741 Doris Alvarez

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. 17 de Junio del 2020

Yo Dency Damaris Martinez Chevez

Con número de identidad 0319-1990-00003 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. 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.

Dency Damaris Martinez Chevez.
Dency Martinez 0319-1990-00003
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. 17 de Junio del 2020

Yo Delmy Xiomara Gonzalez Silva

Con número de identidad 0822-1984-0023

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 Secretaría 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.

Delmy Xiomara Gonzalez Silva
0822-1984-0023 Delmy Gonzalez

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. 17 de Junio del 2020

Yo Delmy Aguirre Portillo

Con número de identidad 1312-1990-00254

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.

Delmy Aguirre Portillo
1312-1990-00254 Delmy Aguirre
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. 17 de Junio del 2020

Yo Darlin Melissa Armijo Funez

Con número de identidad 0801-1992-17363 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.

Darlin Melissa Armijo Funez
0801 1992 17363 Darlin Armijo

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. 17 de Junio del 2020

Yo Daniela Melissa Acosta Reyes

Con número de identidad 0801-1986-07614 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. Exonerar 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.

Daniela Melissa Acosta Reyes
0801-1986-07614 Daniela Acosta

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. 17 de Junio del 2020

Yo Daniel Edilfredo Corrales Funez
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE TERCER APELLIDO CUARTO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1986-18753 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 Secretaría 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. 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 Secretaría 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.

Daniel Edilfredo Corrales Funez
0801-1986-18753 Daniel Corrales
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. 17 de Junio del 2020

Yo Cristina Waleska Aparicio Ramirez

Con número de identidad 0801-1988-07561 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Cristina Waleska Aparicio Ramirez
Cristina Aparicio 0801-1988-07561
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. 17 de Junio del 2020

Yo Cristhy Melissa Amador Torres

Con número de identidad 0801-1990-11573

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Cristhy Melissa Amador Torres
0801-1990-11573 Cristhy Amador
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. 17 de Junio del 2020

Yo Consuelo Yamileth Quinteros Ayala

Con número de identidad 1315 1986 00384 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Consuelo Yamileth Quinteros Ayala
Consuelo Quinteros 1315-1986 00384

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. 17 de Junio del 2020

Yo Cynthia Vanessa Portillo Pineda

Con número de identidad 0801-1988-11735 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 Secretaría 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 Secretaría 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 Más 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.

Cynthia Vanessa Portillo Pineda
Cynthia Portillo 0801-1988-11735
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. 17 de Junio del 2020

Yo

Cindy Melissa Giron Vasquez
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1989-22226 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 Secretaría 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. 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 Secretaría 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.

Cindy Melissa Giron Vasquez.
0801-1989-22226 Cindy Giron
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. 17 de Junio del 2020

Yo Cicely Suyapa Osona Lainez

Con número de identidad 0205-2001-01210

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Cicely Suyapa Osona Lainez

0205-2001-01210 Cicely Osona

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. 17 de Junio del 2020

Yo Carlos Javier Umaña Mejía

Con número de identidad 0301-1983-11332

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Carlos Javier Umaña Mejía
0301-1983-11332 Carlos Umaña
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. 17 de Junio del 2020

Yo CARLOS HUMBERTO VÁSQUEZ ESPINDOL

Con número de identidad 0801 1987 16574 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.

CARLOS HUMBERTO VÁSQUEZ ESPINDOL
0801 1987 16574
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. 17 de Junio del 2020

Yo Carlos Alfredo Espinoza Gutierrez

Con número de identidad 0801-1990-20572 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.

CARLOS ALFREDO ESPINOZA GUTIERRES
0801-199020572 CARLOS ESPINOZA
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. 17 de Junio del 2020

Yo Bessy Xiomara Hernández McBoyle

Con número de identidad 0801-1989-00780

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. Exonerar 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.

Bessy Xiomara Hernández McBoyle
0801-1989-00780 Bessy Hernández
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. 17 de Junio del 2020

Yo Belkis Jaquelin Alvarado Raudales

Con número de identidad 0319-1996-00435

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.

Belkis Jaquelin Alvarado Raudales
0319-1996-00435 Belkis Alvarado
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. 17 de Junio del 2020

Yo Beatriz Alejandra Vaquedano Escobar

Con número de identidad 0801-1991-14360

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Beatriz Alejandra Vaquedano Escobar
0801199114360 Beatriz Vaquedano
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. 17 de Junio del 2020

Yo Arnold Antonio Velasquez Barahona

Con número de identidad 0819-1990-00248

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

ARNOLD ANTONIO VELASQUEZ BARAHONA
0819-1990-00248 ARNOLD VELASQUEZ

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. 11 de Julio del 2020

Yo Argelis Suzeth Espinoza Varela

Con número de identidad 0801 1994 20150 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. Exonerar 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.

Argelis Suzeth Espinoza Varela
0801 1994 20150 Argelis Espinoza
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. 17 de Junio del 2020

Yo Ana Gabriela Colindres Bustillo

Con número de identidad 089-1989-00278 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Ana Gabriela Colindres Bustillo
089-1989-00278 Ana Colindres

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. 17 de Junio del 2020

Yo Amelia María Matamoros García

Con número de identidad 1707-1988-00008

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Amelia María Matamoros García

1707-1988-00008 Amelia Matamoros

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. 17 de Junio del 2020

Yo Amalia Rosa Aguilar Irias

Con número de identidad 0101-1989-01867

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.

Amalia Rosa Aguilar Irias

0101-1988-01867

Amalia Aguilar

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. 17 de Junio del 2020

Yo Alicia Azucena Arzu Calderon

Con número de identidad 0801-1983-00161 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. Exonerar 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.

Alicia Azucena Arzu Calderon
0801-198300161 Alicia Arzu
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. 17 de Junio del 2020

Yo Alexandra Yelena Olay Castillo

Con número de identidad 0801-1990-20012 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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Alexandra Yelena Olay Castillo
0801-1990-20012 Alexandra Olay
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. 17 de Junio del 2020

Yo Alejandra Maria Cuellar Zelaya

Con número de identidad 0801-1991-11938 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.

Alejandra Maria Cuellar Zelaya
Alejandra Cuellar 0801-1991-11938

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. 17 de Junio del 2020

Yo Alejandra Grissel Castillo Carrión

Con número de identidad 0107-1995-02867 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. 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.

Alejandra Grissel Castillo Carrión
0107-1995-02867 Alejandra Castillo
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. 17 de Junio del 2020

Yo Agueda Vanessa Bertrand Mejia

Con número de identidad 0801-1986-06406

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 Secretaría 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 Secretaría 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.

Agueda Vanessa Bertrand Mejia
0801198606406 Agueda Bertrand

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando