

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. 6 de Mayo del 2020

Yo Yury Carolina Banegas Villalobo
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801-1986-05207 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.

Yury Carolina Banegas Villalobo.
Yury Banegas 0801-1986-05207
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. 6 de Mayo del 2020

Yo Yosselin Silva Silva Martinez
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 1001-1996-00124 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.

Yosselin Juliana Silva Martinez
Yosselin Silva 1001-1996-00124
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. 6 de Mayo del 2020

Yo Rafael Antonio Vasquez Irias
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMERO APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0715-1989-00288 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.

Rafael Antonio Vasquez Irias
Rafael Vasquez 0715-1989-00288
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. 6 de Mayo del 2020

Yo Karina Walecka Santos Aguilar
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 08011987-06071 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.

Karina Walecka Santos Aguilar
0801-1987-06071 Karina 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. 6 de Mayo del 2020

Yo Josue Andres Valladares Andino
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 0801199418346 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.

Josue Andres Valladares Andino
0801-1994-18346 Josue Valladares
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. 6 de Mayo del 2020

Yo Francis Pahola Sanchez Cruz
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

Con número de identidad 1515-1987-00183 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.

Francis Pahola Sanchez Cruz
Francis Sanchez 1515-198700183
NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Orlando