





88 P	E a Ca	1000	4			-4.6	11.3	100		-	1		mer	6.5		2.20	4			-	7.7	9	-	4.4	400	erer	-	Acres		W 15	AA	
88E I	L E BAGS D	- 00 B	)= (P	S 1 . T . 1	to 2 mr g	an r.v.	11.	B 10	₩ F. V	-251	1 ft \$8u	2.00	116.	3 88 7	g <b>~</b>	- CO -	\$ 56. 5	B 1.	2	8045	883	8 856	68 I B	18 2 274	48	80. V A	y mag to	128	1 700	V # 1	2 ~4	

--- FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C de	del 2020		
You Yory	Carolina	Banegas	Villalobo
ARIMER NOME	RE SEGUNDO NOMBRE	PRIMER ACCULCIO	SEGUNDAD APELLIDO
Con número de identidad	0801-1986-05707	Por este medi	o me comprometo a participar
en el Proyecto Código Verde	Más, adscrito al Programa Presidencial d	e Empleo Con Chamb	a Vivís Mejor, en cumplimiento a la
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

Menses

- 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.

Gury Carolina Banepas Ville 1060. Gury Banepas 0801-1986-05207 NOMBRECOMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Hando







A PERSON SELECTION OF THE PROPERTY OF THE PROP			
AATA BE BALLBOOK	CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE		
ACTA DE COMPROM	「		
SERVICE AND A SE	是 EF R 1 5 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	LE THAN DE ALLE TO A	E M. M.

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. de de de	del 2020		
yo Yosselin	Soliana	silva	Martinez
Con número de identidad 1001	- 1996- 00124	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Con número de identidad	1116-00109	Por este m	nedio me comprometo a participar
en el Proyecto Código Verde Más, adscr	rito al Programa Presidencial de	Empleo Con Cha	amba Vivís Mejor, en cumplimiento a la
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.

# **DELPROGRAMA:**

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".

Jum Hando







FORMATO 4

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS
---

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

Yo Refer NOMERE DO 15 - 1989 - 00288 Per 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

## **DEL PARTICIPANTE:**

siguientes condiciones:

- 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.

### **DELPROGRAMA:**

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 Vasquer 0715-1989-00268

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Juan Hando







FORMATO 4

# ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE / PROYECTO CÓDIGO VERDE MÁS

Tegucigalpa, M.D.C. <u>de</u> de <u>Mujo</u> del 2020

Yo <u>Karno Wolcoko Santos Agrillos</u>

Con número de identidad <u>OBOLISI B. T. OGO 71</u>

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.

# DELPROGRAMA:

 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.

> Kanna Waleska santos Aguilar 1801-1987-06071 Kanna Santos

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Jumphando



1





eo-r	Section & Clarical and State of the Section of the	the the state of t		The state of the s	
æ.	医酚磺酰甲酰甲基磺胺 医多种脑 医多种子氏征 医加多纳氏管 医红红色		8 5 700 (0 7) 1 1 1 1 1 1 2 2 3		1 3 - 1 8 - E V. F. L.
E.M.	CTA DE COMPROMI	Almanda Barrana Maria	8 E - S - S - S - S - S - S - S - S - S -	The Market of the Land	E TO SERVICE STATE OF THE PARTY

FORMATO 4

Tegucigalpa, M.D.C. Ode	10(a) del 2020			
vo Josue	Andres	Valladares	Andino	
PRIMER NOMES O	SEGUIDO NOMBRE	PRIMER APPLIEGG	SEGUNDO APELLIDO	

Con número de identidad <u>UCO I 1994 I & 3 4 b</u> 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

11

- 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:

 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.

1801-1994-18346 Josue Valladire

Juan/Hando

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".







AC	TA DE COMPROMIS	SO PARTICIPANTE / PR	OYECTO CÓDIGO VERD	E MÁS FORMATO 4
Tegucigalpa M.D.C. 6	de Mai	40 del 2020		
vo Fran	ict 5	Pahola	Sanchez	Cruz
Yo France  Con número de identide en el Proyecto Código Vosiguientes condiciones	Verde Más, adscrito		Por este medio n	SEGUNDO APELLIDO me comprometo a participar /ivís Mejor, en cumplimiento a la
DEL PARTICIPANTE:				
área, Técnicos, Enfer - Fotocopia por la Un - Fotocopia - Fotocopia - Constanci 2. Me comprometo a cu las instituciones part 3. La Institución podrá previa notificación p	rmeras, Enfermeras A a de Título Universita iversidad Nacional A a de Certificado en el a de la tarjeta de ider ia original de Cuenta umplir y acatar las no ticipantes. dar por terminado el por escrito y present	Auxiliares o cualquier otro irio (Si el título fue obteni iutónoma de Honduras) área de la Salud (Debe e ntidad de Ahorro ormas, disposiciones, reglo n cualquier momento sin tación del formato de de	o título vinculado al área do do en el extranjero, este do este	debe de estar refrendado
proporcional.  4. No ser beneficiario d  5. Exonero de toda re negligencia en los pre de los usuarios que a  6. El Programa no será profesionales especi correspondiente a la  7. Afirmo que soy ben	de otro Programa Soc esponsabilidad al P ocedimientos médico acuden a las diferent i responsable por ret ialistas y técnicos de i Unidad Ejecutora de eficiario del Proyect	cial impulsado por el Gob rograma Presidencial de os realizados, así como cu ses instituciones participa trasos en los pagos del ir el área de la salud, debid el Programa. to Código Verde Más, re	ierno de la Republica. e Empleo Con Chamba alquier acto que se realice ntes del país. ncentivo del desarrollo de o a la tardanza en la enti	Vivís Mejor de cualquier e en detrimento de la salud e capacidades laborales de rega de la documentación na relación laboral con las
especialistas y técni Despacho de Salud, s 9. Después de tres día automática del Proy asistencia a la fecha	e económico en cono cos en el área de la según comunicación as continuos o cinco yecto Código Verde de suspensión y/o do por entendido que l	cepto de incentivo al de a salud, este incentivo so oficial establecida por el o días alternos de ausen Mas sin lugar a reclamo eserción. las inasistencias por incaj	erá determinado por la S Programa. icia sin justificación, se pos, el Programa pagará d	laborales de profesionales Secretaria de Estado en el procederá a la suspensión le manera proporcional la nicos y cualquier otro tipo,
	or el Programa y en b	pase al cumplimiento de l	iciario por la capacitación os objetivos del Proyecto.	

"Cosas buenas están pasando, Honduras está cambiando".

Jumphando

NOMBRE COMPLETO, No. DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PARTICIPANTE