MUNICIPALIDAD DE PETOA, SANTA BARBARA

BARRIÓ EL CENTRO
FRENTE AL PARQUE CENTRAL
PETOA, SANTA BARBARA

Teléfono: 2608-1206
Correo electrónico:municipalidaddepetoa@yahoo.com.mx

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, Roberto Santos Guzmán, Licenciado en Administración de Empresas, Hondureño, con identidad N.-1616-1971-00059 actuando en mi condición de Alcalde y representante legal de la Municipalidad de Petoa, Santa Bárbara quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **LILIANA CAROLINA BARAHONA MARTINEZ** , Enfermera Auxiliar, hondureña con identidad N.-0501-1979-08796, con residencia en San Pedro Sula, Cortés és quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, en el marco de la Operación Presidencial "Fuerza Honduras" mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATANTE declara que por la naturaleza de los servicios para atender la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios Profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** quien tendrá su sede en el Municipio de Petoa, Santa Barbara, en el **CENTRO DE SALUD DE PUEBLO NUEVO, PETOA, SANTA BARBARA para centro de Triaje y Brigadas médicas en las comunidades del Municipio.**

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a ejecutar las funciones siguientes:

1. Preclínica de paciente (toma A/P, T, Peso, Talla)
2. Atención primaria de salud.
3. Seguimiento de pacientes con covid-19 y su vigilancia.
4. Apoyo a brigadas, realizadas en el municipio.
5. Brigadas casa a casa de la comunidad.
6. Aplicación de medicamentos, sueros, y todos lo que el médico del triaje considere.
7. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.
8. Manejo de kardex de medicamentos.
9. Presentar informe semanal de actividades realizadas al médico de triaje, y un informe trimestral al coordinador (deberá ir respaldo con anexos.
10. Otras que el coordinador considere recursos, para el funcionamiento adecuado del triaje.

CLAUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (3) meses contados a partir de la firma del mismo, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho **CONTRATO**, finaliza la relación contractual, sin responsabilidad de ninguna naturaleza para **EL CONTRATANTE.**

CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios

Escaneado con CamScanner

prestados la cantidad de Doce Mil Lempiras Mensuales (**Lps. 12,000.00**) mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras.**CLÁUSULA QUINTA:** La Jornada de trabajo será por turnos de seis horas de lunes a viernes, turnos que serán rotativos, establecidos por **El CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.

CLAUSULA SEXTA: DEDUCCIONES. EL CONTRATADO autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta.

CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES: Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, **EL CONTRATADO** se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción judicial. **EL CONTRATADO** contratará y mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el periodo de **EL CONTRATO. EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que **EL CONTRATADO** o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO. Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de **EL CONTRATO** sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por los derivaciones de este **CONTRATO.**

CLÁUSULA DÉCIMA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

ACEPTACIÓN FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento.

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Petoa, Municipio de Santa Barbara a los siete (00) días del mes de Septiembre del año 2020.

Roberto Santos Guzmán
El Contratante

Liliana Carolina Barahona M.
El Contratado

Escaneado con CamScanner

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

República de Honduras

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Sub-Secretaria de Regulación

Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano

Departamento de Desarrollo de Competencia de Recursos Humanos

Centro Formador para Auxiliares de Enfermería
La Arboleda Sagrada

Extiende el presente

Certificado

A: LILIANA CAROLINA BARAHONA MARTINEZ

Por haber aprobado el curso Teórico – Práctico

Que le acredita como

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

En el periodo del 13 de Febrero de 2016 al 11 de septiembre de 2018

Otorgado en San Pedro Sula, Cortes a los 30 días del mes de Noviembre de 2018.

SECRETARIA DE SALUD

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

M.D.C. HONDURAS, C.A.

Secretaria de Salud

SECRETARIA DE SALUD

Jefa Departamento de Desarrollo de Competencias del Recurso Humano Institucional

La Arboleda Sagrada

Escuela de Enfermería

Coordinadora del Curso de Auxiliares de Enfermería

Escaneado con CamScanner

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARIA DE SALUD

República de Honduras

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Sub-Secretaria de Regulación

Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano

Departamento de Desarrollo de Competencia de Recursos Humanos

Centro Formador para Auxiliares de Enfermería La Arboleda Sagrada

Extiende el presente

Certificado

A: LILIANA CAROLINA BARAHONA MARTINEZ

Por haber aprobado el curso Teórico – Práctico

Que le acredita como

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

En el periodo del 13 de Febrero de 2016 al 11 de septiembre de 2018

Otorgado en San Pedro Sula, Cortes a los 30 días del mes de Noviembre de 2018.

SECRETARIA DE SALUD DIRECCION GENERAL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS C.A. TEGUCIGALPA, M.D.C. HONDURAS C.A.

Secretaria de Salud

SECRETARIA DE SALUD

Jefa Departamento de Desarrollo de Competencias del Recurso Humano Institucional

Coordinadora del Curso de Auxiliares de Enfermería

Escaneado con CamScanner

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS
DEL RECURSO HUMANO INSTITUCIONAL

DIPLOMA de: **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Extendido a favor de: **LILIANA CAROLINA BARAHONA MARTINEZ**

El día: 30 del mes de Noviembre Año 2018

Registro No. 38577 Folio 1058 Tomo 14

SECRETARIA DE SALUD

Firma del Jefe(a) Departamento Desarrollo de Competencias del Recurso Humano Institucional

Escaneado con CamScanner

Visión

Poner a disposición de su empresa mis conocimientos, mi experiencia laboral con el mayor esfuerzo y empeño.

Misión

Desempeñar mis funciones con mucho esmero y respeto dentro de las normas establecidas de la empresa brindando un servicio de calidad y eficacia.

Experiencia Laboral:

Un año de servicio social de auxiliar de enfermería en el hospital leonardo Martínez Valenzuela(HMLV) en SPS.

Comercial y ferretería de sula (COFESULA) desempeñándome en el cargo de administradora en año 2015 al 2017.

Instituto privado Betel desempeñándome en el cargo de administradora en el año 2011 al 2014.

Referencias personales:

- María del Carmen Ponce
  9854-6654

- Estela Henríquez
  9612-8361

- Juana García
  9539-4655

Escaneado con CamScanner

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente

DIRECTOR R.N.P.

SOLICITADA EN 0501

LILIANA CAROLINA / BARAHONA MARTINEZ

0501-1979-08796

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

LILIANA CAROLINA / BARAHONA MARTINEZ

HONDUREÑA POR :NACIMIENTO
NACIO EL :02 OCTUBRE 1979
SEXO :FEMENINO
EMITIDA EL :01 NOVIEMBRE 2009

0501-1979-08796

30230086-02

Escaneado con CamScanner

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 05011979087962

LILIANA CAROLINA BARAHONA MARTINEZ
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☐	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Fecha de Emisión: 20120306

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto Nº 102 del 9 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto Nº 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto Nº 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003. Art. 8 Decreto de Ley Nº 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta Nº 20680 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1974

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INGRESOS
JEFATURA DEPTO. ASISTENCIA AL CONTRIBUYENTE
R. N. C.

Director Ejecutivo

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento DEI-412- 982147 Transacción: B656FA

Escaneado con CamScanner