



Municipalidad de Dolores, Intibucá
Honduras Centro América



"Con Ayuda de Dios, Esfuerzo y Transparencia esta el Futuro del Municipio"

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, **JOSE OMAR ORELLANA MARTINEZ**, mayor de edad, soltero, Ingeniero Agrónomo, con tarjeta de identidad No 0510-1977-00982 actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Dolores Departamento Intibucá quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **JOSÉ MARIO SÁNCHEZ ARGUETA**, mayor de edad, Casado, Bachiller Técnico en Salud Comunitaria, con tarjeta de Identidad N° 1005-1987-00010 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 médico-profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **PROMOTOR** quien tendrá su sede en el Municipio de Dolores Departamento de Intibucá, en el **CENTRO DE TRIAJE "CAT"** (centro de Aislamiento Temporal) Barrio el Centro.

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

1. Atender a pacientes, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento correspondiente.
2. Registro del Paciente en el sistema de gestión hospitalaria
3. Optimizar los tiempos de atención
4. Categorizar la Gravedad: emergencia, urgencia y no urgencia.
5. Determinar cuál es el área más adecuada para tratar a un paciente que se presenta en el servicio de urgencias o el centro sanitario.
6. Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias.
7. Iniciar la Relación Servicio/Paciente y transmitir información fluida a los pacientes y a sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente.
8. Practicar control de pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén a su cuidado.



Municipalidad de Dolores, Intibucá
Honduras Centro América



"Con Ayuda de Dios, Esfuerzo y Transparencia está el Futuro del Municipio"

9. Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.

10. Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.

11. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo según lo pida su jefe inmediato.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (3) meses contados a partir de la firma del mismo, (lunes 10 de Agosto al día martes 10 de Noviembre del año 2020), estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médicos 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 prestados la cantidad de Diez mil lempiras exactos (**Lps.10,000.00**) 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 ocho 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.

CLÁUSULA 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 período de



Municipalidad de Dolores, Intibucá
Honduras Centro América



"Con Ayuda de Dios, Esfuerzo y Transparencia está el Futuro del Municipio"

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 el Municipio de Dolores Departamento de Intibucá a los diez (10) días del mes de Agosto del año dos mil veinte (2020).

Ing. José Omar Orellana Martínez
Iden. 0510-1977-00982
Alcalde Municipal

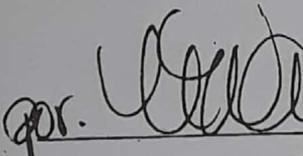
José Mario Sánchez Argueta
Iden. 1005-1987-00010
El Contratado



CONSTANCIA

Por este medio SE HACE CONSTAR QUE: **JOSE MARIO SANCHEZ ARGUETA**, realizó su práctica de la carrera de " Bachillerato técnico en salud comunitaria" en esta institución en el periodo del 03 de junio al 25 de julio del 2005 con el Proyecto HOGASA, con sede en Piraera, Lempira.

Para los fines que se consideren convenientes, se le extiende la presente constancia a los 21 de junio de 2006.


Suyapa Lizeth Ayestas Lopez
Coordinadora de Recursos Humanos



Apartado Postal # 729 * Tegucigalpa, M.D.C., Honduras C.A. * e-mail: carehon@hon.care.org* Teléfonos: PBX (504) 235-5055, 235-5059
235-5070, 235-5071, 235-5072, 235-5073, 235-5074, 235-5075,

Fax: (504) 232-0913

Apartado Postal # 807 * San Pedro Sula, Cortés, Honduras, C.A., * Teléfonos: (504) 556-9653, 556-9660, 556-8011, 556-7354,
Fax: (504) 556-8812



Promoción

Licenciado **Jorge Alberto Gutierrez**

La Director (a) de **Instituto Rafael Pineda Ponce** de **San Miguelito** Departamento **Intibucá**

Por Cuanto: Le confiere a

José Mario Sánchez Arqueta

El Grado de **Bachiller Técnico en Salud Comunitaria**
El día **17** del mes de **noviembre** del dos mil **cinco**

en virtud de haber realizado los estudios que establece la Ley y obtenido la aprobación en el Examen General.

Director (a) del Establecimiento

El (La) Secretario (a) de **Instituto Rafael Pineda Ponce** deja constancia de haber registrado este Título bajo el N.º **030** Folio **04** del libro N.º **27** el día **17** de **Noviembre** de **2005**

Secretario (a) del Establecimiento

El (La) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de **Intibucá** deja constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N.º **0558** Año **2005** fecha de aprobación **17 de noviembre** y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º **001** Reg. **030** Folio **071**

Lugar y Fecha **La Esperanza, Intibucá** **22 de noviembre del 2005**

Secretario (a) Dirección Deptal. de Educación

Por Tanto:

El Secretario de Estado en el Despacho de Educación, a través de la Dirección Departamental de Educación de **Intibucá** y en uso de la facultad que le confieren los Artículos 189 de la Ley Orgánica de Educación, y 1 del Decreto Legislativo N.º 162-96 extiende el presente Título de:

Bachiller Técnico en Salud Comunitaria

para que sea habido y tenido por tal y goce de los derechos que le corresponden

Dado en **La Esperanza, Int.** el día **22** del mes de **noviembre** del dos mil **cinco**

Director (a) Departamental de Educación



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

JOSE MARIO / SANCHEZ ARGUETA



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL : 19 ENERO 1987
SEXO : MASCULINO
EMITIDA EL : 19 SEPTIEMBRE 2017

1005-1987-00010



10880481-03

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 1005

JOSE MARIO / SANCHEZ ARGUETA
1005-1987-00010