



Municipalidad de Dolores, Intibucá  
Honduras Centro América



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

El Alcalde Municipal, Ing. José Omar Orellana Martínez, te da la bienvenida al Programa "Fuerza Honduras" en la Municipalidad de Dolores Departamento de Intibucá. El cual tiene el propósito de apoyar en los servicios de salud en los Municipios, lo anterior a efecto de realizar las acciones de prevención y brindar atención a la población afectada por la crisis mundial ocasionada por el Covid-19.

1. Nombre del Centro Asistencial: Centro de Aislamiento Temporal
2. Dirección del Lugar de Trabajo: Dolores Intibucá
3. Título Obtenido: Aseadora
4. Nombre: Barbara Diaz
5. No. Identidad: 1005-1998-00062
6. Dirección Domiciliaria: El Rodeo Dolores
7. Teléfono de Casa: — 0 — Celular: 9930-47-14 Alternativo: — 0 —
8. Dato de familiares y Personas dependientes con quien vive:

1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	PARENTESCO
Maria	Blarina	Diaz		Madre
Adonay		Diaz		Hermano
yester	Bartolome	sanchez	Diaz	Hijo

Barbara Diaz

FIRMA DEL PARTICIPANTE



Municipalidad de Dolores, Intibucá  
Honduras Centro América



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

**ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE/PROGRAMA FUERZA HONDURAS**

Municipio de Dolores Departamento de Intibucá 10 de Agosto del año dos mil veinte (2020).

Yo: Barbara Diaz

Con número de identidad 1005-1998-000 62 por este medio de compromiso a participar en el Programa de "Fuerza Honduras" de la Municipalidad de Dolores Intibucá, en cumplimiento de las siguientes condiciones:

**DEL PARTICIPANTE:**

1. Poseer título universitario en cualquier área de la salud, como ser Médico General y/o con Especialidad en cualquier área, Técnicos, 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 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 la Municipalidad.
3. La Municipalidad podrán dar por terminado sin justificación alguna, su relación con El Participante previa notificación por escrito y presentación del formato de deserción a la unidad ejecutora del Programa. En tal sentido el programa únicamente reconocerá el tiempo efectivamente prestado el cual será pagado de manera proporcional.
4. La jornada trabajo del programa "Fuerza Honduras" será de 8 horas de acuerdo a lo estipulado con la Municipalidad.
5. Exonera de toda responsabilidad a la Municipalidad de cualquier negligencia de los procedimientos médicos realizados, así como cualquier acto que se realice en detrimento de la salud de los usuarios que acuden a los diferentes centros médicos de la Municipalidad de Dolores Intibucá.
6. La Municipalidad. no será responsable por retrasos en los pagos del incentivo del desarrollo de capacidades laborales de profesionales especialistas, técnicos del área de salud, debido a la tardanza de la entrega de la documentación correspondiente a la Unidad Ejecutora del Programa.
7. Afirmando que soy beneficiario del Programa de la Municipalidad Fuerza Honduras reconozco que no existe una relación laboral con la Municipalidad involucrada en el programa.
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 los Despachos de Salud, según comunicación oficial establecida por el programa.
9. Después de tres días continuos a cinco días alternos de ausencia sin justificación se procederá a la suspensión automática del Programa de la Municipalidad con Fuerza Honduras sin lugar a reclamos. El programa pagara de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.

F. Barbarita Diaz

(NOMBRE COMPLETO.) Barbara Diaz

(Nº. DE ID) 1005-1998-000 62

## CONSTANCIA

La suscrita coordinadora del UAPS Dolores por medio de la presente hace constar que:

Barbara Diaz con ID 1005-1998-00062 labora como auxiliar de aseo en el CAT – TRIAJE del municipio de Dolores. Dicha contratación es de carácter temporal como parte de iniciativa FUERZA HONDURAS. Cargo que lleva a cabo responsablemente desde el 10 de Agosto 2020.

Se extiende la presente para los fines que el interesado estime convenientes en Dolores, Intibucá el 1 de Septiembre 2020:



*L. Navas*



Dra. Lisa Navas

Coordinadora UAPS Dolores

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**ENP**

**BARBARA / DIAZ**





HONDURANA POR NACIMIENTO  
NACIÓ EL: 26 MAYO 1998  
SEXO: FEMENINO  
EMITIDA EL: 19 SEPTIEMBRE 2017

**1005-1998-00062**

  
10131460-01

ARTÍCULO 51 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular podrá proveer a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad... La violación de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR ENP



SOLICITADA EN 1005

**BARBARA / DIAZ**  
**1005-1998-00062**