



Municipalidad de Dolores, Intibucá
Honduras Centro América



"Con Ayuda de Dios, Esfuerzo y Transparencia crea 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: CAT
2. Dirección del Lugar de Trabajo: Cosco Cibano Robus Intibucá
3. Título Obtenido: Primer Grado
4. Nombre: Ramon Cantarero Gomez
5. No. Identidad: 10051964 00053
6. Dirección Domiciliaria: potreños Robus
7. Teléfono de Casa: 99496482 Celular: 95059038 Alternativo: X
8. Dato de familiares y Personas dependientes con quien vive:

1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	PARENTESCO
Candelaria		Martinez	Diaz	Esposa
Edros	Ionhotan	Cantarero	Martinez	hijo
Ector	David	Cantarero	Martinez	hijo
Edcuin	Yobany	Cantarero	Martinez	hijo
Yendy	Senayda	Cantarero	Martinez	hija

Ramon Cantarero Gomez

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: Ramon Cantarero Gomez

Con número de identidad 1005 1964 00053 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. Ramon Cantarero Gomez

(NOMBRE COMPLETO.)

(Nº. DE ID) 1005 1964 00053

CONSTANCIA

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

Ramon Cantarero Gámez con ID 1005-1964-00053 labora como vigilante 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.



Dra. Lisa Navas

Coordinadora UAPS Dolores


REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RAMON / CANTARERO GAMEZ



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
 NACIDO EL: 27 JULIO 1964
 SEXO: MASCULINO
 EMITIDA EL: 07 JUNIO 2013

1005-1964-00053


00000132-03

ARTICULO 81 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Toda persona Autorizada o con una particular podrá solicitar una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. La Instrucción de la disposición de este artículo será según a la acción correspondiente.


 DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1005

RAMON / CANTARERO GAMEZ
1005-1964-00053