



Municipalidad de Dolores, Intibucá
Honduras Centro América



"Con Ayuda de Dios, Esfuerzo y Transparencia cara 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) Centro de Aislamiento Temporal
2. Dirección del Lugar de Trabajo: Barrio el Centro, Dolores, Intibucá
3. Título Obtenido: Conductor
4. Nombre: Justino Sánchez Pérez
5. No. Identidad: 7005-7997-00045
6. Dirección Domiciliaria: Codo Negro, Dolores, Intibucá
7. Teléfono de Casa: 98472878 Celular: 97077293 Alternativo: - - -
8. Dato de familiares y Personas dependientes con quien vive:

1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	PARENTESCO
María	Juventina	Sánchez	- o -	Esposa
Noel	Eduardo	Sánchez	Sánchez	Hijo
Josué	- o -	Sánchez	Sánchez	Hijo

Justino Sánchez Pérez

FIRMA DEL PARTICIPANTE



Municipalidad de Dolores, Intibucá
Honduras Centro América



"Con Ayuda de Dios, Esfuerzo y Transparencia crea 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: Justino Sánchez Pérez

Con número de identidad 7005-7997-00045 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. Afirmo 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. Justino Sánchez Pérez

(NOMBRE COMPLETO.)

(Nº. DE ID)

Justino Sánchez Pérez

7005-7997-00045

CONSTANCIA

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

Justino Sánchez Pérez con ID 1005-1991-00045 labora como motorista 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