

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.01-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **patrono al señor(a) CARLOS ENRIQUE ALEMAN MEDRANO** identidad 0512-1984-01188 solvencia municipal No.275477, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **MÉDICO GENERAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA en el Centro de Salud Cesamo “José María Ochoa Velásquez” para laborar en las diferentes barrios de la ciudad de la ciudad.**

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Evaluación y atención clínica de pacientes de acuerdo con definiciones de casos aprobados por la unidad de vigilancia de salud.
2. Se el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Llenado de ficha de seguimiento individual de los casos sospecho y confirmado.
4. Participar en el análisis diario del contexto y comportamiento del COVID-19 en su arela de influencia con el ERR regional.
5. Mapeo de zonas intervenidas y/o grupos de riesgos como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazados.
6. Coordinar actividades de respuestas rápidas con organizaciones de base comunitaria.
7. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
8. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
9. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
10. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19 (periodo de incubación:2-14 días)
11. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

12. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
13. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
14. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
15. Gestionar el traslado oportuno de pacientes que lo ameriten a los centros COVID-19 ya definidos en la región sanitaria. (pacientes con dificultad respiratoria o alto riesgo de complicación)
16. Referencia del caso para toma de muestra para confirmación de caso (cuando amerite) en coordinación con el técnico en laboratorio.
17. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
18. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
19. Otras responsabilidades que se le sean asignadas por su jefe inmediato.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de **tres (03) meses** contados a partir del **10 de agosto, 2020 finalizando, 09 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de **L. 88,012.89 (OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS). 89/100**, que corresponde a un salario mensual de **Lps. 29,337.63 (VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100)**. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras **05-02-573 PROYECTO 298** y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código **05-02-581 PROYECTO 242**.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020


El Contratante


El Contratado (a)

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE/PROGRAMA FUERZA HONDURAS

Yo: **CARLOS ENRIQUE ALEMAN MEDRANO** Con número de identidad **0512-1984-01188** por este medio de comprometo a participar en el Programa de Fuerza Honduras de la Municipalidad **Comayagua** 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.
- Solvencias municipal.

2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por la Municipalidad.

3. La Municipalidad de Comayagua 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 6 horas de acuerdo a lo estipulado con la Región de Salud de Comayagua.

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 Comayagua.

6. La Municipalidad de Comayagua 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 de Comayagua involucrada en el programa.

8. Después de tres días continuos a cinco días alternos de ausencia sin justificación se procederá a la suspensión automática del Programa de la Municipalidad Comayagua con

Fuerza Honduras sin lugar a reclamos. El programa pagara de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.

Comayagua 10 de agosto del 2020



NOMBRE COMPLETO. NO. DE ID Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

Carlos Enrique Alvarado Medrano

DS12-1984-01188

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No.01-A-2020**. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.

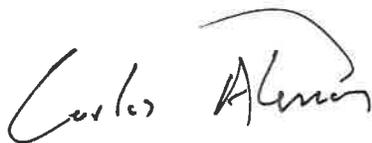


CARLOS ENRIQUE ALEMAN MEDRANO

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.01-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.



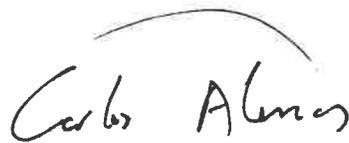
CARLOS ENRIQUE ALEMAN MEDRANO

Copia
RRHH.
Enfermería

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.01-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.

Handwritten signature of Carlos Aleman in cursive script, with a curved line above the name.

CARLOS ENRIQUE ALEMAN MEDRANO



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.comayagua.gub.hn

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle al Doctor **CARLOS ENRIQUE ALEMAN MEDRANO**, quien ha sido seleccionado a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, el cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

CARLOS MIRANDA
Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud
Cc: Merly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red I Comayagua
Cc: Interesado(a)
Cc: Archivo

17

Comayagua, Honduras 03 de Agosto del 2020

CURRICULUM VITAE



DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: Carlos Enrique Alemán Medrano

Fecha de Nacimiento: 21 de Agosto de 1984

Lugar de nacimiento: La Lima Cortés Honduras.

Nacionalidad: Hondureña

Estado civil: Unión Libre

Dirección Actual: Colonia nueva esperanza, entrada principal, dos cuadras al este de escuela bilingüe Honduras, Comayagua, Comayagua, Honduras.

Teléfonos:

Cel: (504-33 19 99 53)

Email: alexandroea2013@gmail.com

Idiomas: Español, Ingles (nivel medio).

DATOS ACADÉMICOS

Estudios Universitarios

- Doctor en Medicina General 2005-2012:
 - Escuela Latinoamericana de Medicina. La Habana 2005-2006.
 - Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticos Torrado de Cienfuegos curso 2006-2012.
 - Policlínico Universitario Fabio Di Celmo, Cienfuegos 2006-2012.
- **Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral(:**
 - Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticos Torrado de Cienfuegos.
 - Policlínico Universitario de Cienfuegos, Cuba Ernesto Ché Guevara Octubre 2012 - Enero 2015.

DATOS PROFESIONALES

Doctor en medicina:Escuela Latinoamericana de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado Cienfuegos, Cuba.

Experiencia Profesional:

- ✓ Internado rotatorio durante la carrera de medicina general. Febrero 2011- Diciembre 2011.
- ✓ Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos Cuba. Cargo: Médico Interno. Febrero- Diciembre 2011.
- ✓ Hospital Pediátrico Paquito Gonzales Cueto, Cienfuegos Cuba. Cargo: Médico interno. Junio 2011- Septiembre 2011.
- **Práctica profesional durante la realización de la especialidad de Medicina General Integral (MGI).** Octubre 2012- Enero 2015. Cargo: Médico General en Consultorio médico de Familia #8 y Policlínico Universitario Ernesto Ché Guevara de Cienfuegos, CUBA.
 - ✓ Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos Cuba. Cargo: Médico Residente de MGI julio 2013-Diciembre 2013.
 - ✓ Hospital Pediátrico Paquito Gonzales Cueto, Cienfuegos Cuba. Cargo: Médico Residente de MGI Septiembre 2014- Noviembre 2014.
- Realización de Servicio Médico Social en HOSPITAL REGIONAL SANTA TERESA. COMAYAGUA, HONDURAS. Noviembre 2015- noviembre 2016.

EVENTOS CIENTIFICOS

2009- Cáncer de Próstata Fórum Estudiantil de Ciencia y Técnica Policlínico Universitario Fabio Di Celmo. Cienfuegos

2013- Fórum Estudiantil de Ciencia y Técnica Policlínico Universitario Ernesto Ché Guevara Programa Educativo Para la Prevención del Embarazo en la adolescencia Trabajo de terminación de especialidad en Medicina General Integral.

RECONOCIMIENTOS Y CERTIFICADOS

2009- Cáncer de Próstata Obtuvo la Categoría de Destacado Fórum Estudiantil de Ciencia y Técnica Policlínico Universitario Fabio Di Celmo. Cienfuegos.

2014- Programa Educativo Para la Prevención del Embarazo en la adolescencia Obtuvo la Categoría de Relevante Fórum Estudiantil de Ciencia y Técnica De La Provincia de Cienfuegos, Facultad De Ciencias Médicas Raúl Dorticos Torrado Trabajo de terminación de especialidad en Medicina General Integral.

Formación Continuada

2010-Curso de Primeros Auxilios Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba.

2011- Curso de electrocardiograma Policlínico Universitario Fabio Di Celmo.

2011- Urgencias Médicas, Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos.

2013- Curso de Metodología de la investigación e Informática Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado Cienfuegos, Cuba.

2014- Curso de Medicina Natural y Tradicional Asiática y Terapéutica Externa Policlínico Universitario Área 5 Pastorita de Cienfuegos, Cuba.

2014- Curso de Genética Policlínico Universitario Área 3 de Cienfuegos, Cuba.

2014- Curso de Electrocardiografía Básica, Policlínico Universitario Área 3 de Cienfuegos, Cuba.

2016- Actualización de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua.



REPÚBLICA DE CUBA

El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina

en uso de las facultades que le están conferidas y a propuesta
del Decano de la Facultad, expide el presente Título de:

Doctor en Medicina

a favor de:

Carlos Enrique Memán Medrano

por haber cumplido los requisitos establecidos en el plan de estudios
y realizado los ejercicios correspondientes para la conclusión de la
carrera, el día 19 del mes de enero, del año 2012.

En testimonio de lo cual, se suscribe en la ciudad de La Habana
a los 20 días del mes de enero, del año 2012.

Decano

Rector

Representante

Presidente General

Registrado en tomo 4 folio 2 número 90 del Registro de Títulos de la Secretaría General de CTS
Registrado en tomo 1 folio 17 número 488 de la Secretaría de Organización de Campesinos Médicos (Cecamep)



REPÚBLICA DE CUBA

El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina

en uso de las facultades que le están conferidas, expide el presente Título de Especialista de:

Medicina General Integral

a favor de:

Carlos Enrique Alemán Medrano

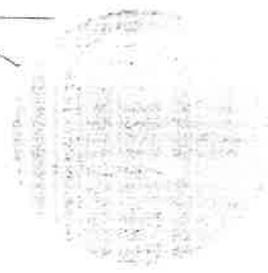
en atención a que ha cumplido los requisitos establecidos y realizado los ejercicios correspondientes para su conclusión, el día *10*, del mes de *Enero*, del año *2015*.

En testimonio de lo cual, se suscribe en la ciudad de La Habana, a los *12* días del mes de *febrero*, del año *2015*.

Decano

Rector

Refrendado:
Secretaria General



Registrado en el tomo *2* folio *163* número *4038* del Registro de Títulos de la Secretaría General de CES

Registrado en el tomo *1* folio *6* número *156* de Registro de Títulos de la Facultad de CM Cienfuegos



COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)
SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

0493092

A:

Dr. Carlos Enrique Aleman Medrano

**Por su participación como Asistente en la
 Jornada de Dengue
 “Estrategia Integral de Manejo del Dengue”**

Tegucigalpa, M.D.C., 05 de marzo del 2019

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos


DRA. SUYAPA MARIA FIGUEROA
 Presidenta CMH


DRA. FANNY NAVAS LEON
 Presidenta de CENEMEC


DR. MARCO TULIO LUQUE
 Presidente SHEI

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

A:

Vanessa Rueda Montoya

Asistente

Por su participación como:

A la Jornada de Actualización de Otorrinolaringología.

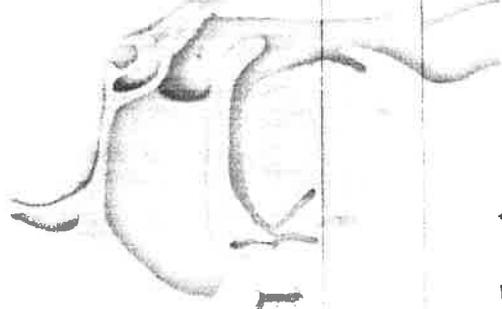
Comayagua 23 de Marzo 2018. **Tres punto cinco (3.5) Horas CENEMEC**

Dra. Diana Vanessa Sierra Amador
Presidenta de AHONORL

Dra. Fanny J. Navas CENEMEC
Presidenta CENEMEC

Dr. Fredy Portillo
Delegado CMI Comayagua

Dra. Matilde Padilla
CENEMEC Comayagua





COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
 CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)
 ASOCIACION HONDUREÑA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGIA DEL TORAX
 SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
 GRUPO DE ESTUDIO DE LA TUBERCULOSIS FCM-UNAH

Otorgan el Presente

0198124

CERTIFICADO

A:

Dr. Carlos Enrique Aleman Medrano

Por su participación como Asistente en el
Simposio de Tuberculosis:
Es hora de actuar. ¡Pon fin a la Tuberculosis!

Tegucigalpa, M.D.C., 27 de marzo del 2019

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos



DRA. SUYAPA FIGUEROA EGUIGUREMS
 Presidente CMH



DRA. FANNY NAVAS LEON
 Presidente de CENEMEC

09

*Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Sociedad Hondureña de Medicina Interna*

0401001

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

CARLOS ENRIQUE ALEMÁN

A:

Por su participación como: **Asistente.**



A la Jornada de Actualización de Medicina Interna.

Accreditación CENEMEC: Cinco punto quince (5.15) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos Oro

Comayagua 23 de Noviembre 2018.



Dra. Helga Codina
Presidente de la SOHMI

Dr. Fredy Antonio Portillo
Delegado del Colegio Médico
de Comayagua

Dra. Matilde Padilla
CENEMEC Comayagua.

08



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)

ASOCIACION HONDUREÑA DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO

Otorgan el Presente

0482731

CERTIFICADO

A:

Dr. Carlos Enrique Aleman Medrano

Por su participación como: Asistente en la

Jornada de Actualización en Diabetes

Tegucigalpa, M.D.C., 14 de Noviembre del 2018

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas CENEMEC

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos



DRA. SUYAPA MARÍA FIGUEROA
Presidenta CMH

DRA. FANNY NAVAS LEÓN
Presidenta de CENEMEC

DR. CESAR PONCE
Presidente SHE

DR. DANIEL PEREZ
Delegado ALAD Honduras

Politécnico Universitario "Favia Di Colomo"
Forum, Estudiantes de Ciencia y Técnicas.

Se otorga el presente

CERTIFICADO

A *Carlos Enrique Rodríguez*

Por haber obtenido su trabajo

Trabajo de

La categoría de *...*

Realizado en el mes de *Abril* del *2000*

...

...

Instituto Superior Pedagógico
"Luis Betanzos García"
Cienfuegos

Se otorga el presente **CERTIFICADO** a

por cumplir los objetivos del **CURSO PREMÉDICO** correspondiente al

**NUEVO PROGRAMA DE FORMACIÓN DE
MÉDICOS LATINOAMERICANOS**

Lic. Roxana Alejo Melina
Facultad ISF



Dada en Cienfuegos a los 25 días del mes de enero de 2016.
"Año de la Revolución: Energética en Cuba"

CERTIFICACION DE ACTA DE NACIMIENTO



El infrascrito DIRECTOR GENERAL DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS, con fundamento en el Decreto No. 150 Capítulo IV, Artículo 15, literal O, y Capítulo VIII, Artículo 9º del Congreso Nacional de fecha 17 de Noviembre de 1982. CERTIFICA que en los archivos de esta institución se encuentra el acta de nacimiento número: **0512-1984-01188** ubicada en el folio 016 del tomo 00013

Número de Identidad

del Año 1984 y que pertenece a:

a) ALEMAN *Primer Apellido* b) MEDRANO *Segundo Apellido*
c) CARLOS ENRIQUE *Nombre* SEXO F M

y cuya información es la siguiente:



1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) LA LIMA *Municipio* b) CORTÉS *Departamento* c) HONDURAS *País*
d) VEINTIUNO *Día* e) AGOSTO *Mes* f) 1984 *Año*

2.) Apellidos, nombre y nacionalidad del padre:

a) ALEMAN *Primer Apellido* b) ----- *Segundo Apellido*
c) JORGE ALBERTO *Nombre* d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

3.) Apellidos, nombre y nacionalidad de la madre:

a) MEDRANO *Primer Apellido* b) SOLIS *Segundo Apellido*
c) MARIBEL *Nombre* d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

4.) Notas marginales autorizadas:



NINGUNA

Extendida en COMAYAGUA *Municipio* COMAYAGUA *Departamento*

a los: DIECISEIS días del mes de SEPTIEMBRE

del DOS MIL QUINCE

Firma y Sello del Director General



FORM 14 (Rev. 08/02/2002)
COMAYAGUA - P.R.M.D.S. - 160

XCVBRSH1GWeQZvxyKFEb\$cm4IDSUmBQV5zNOsRk\$4+q\$3qzGnOAe8Vwq5C-K3X7L

04



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275477

Nº 000275477

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE		
CARLOS ENRIQUE ALEMAN		
0542-1994-04198		

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
07/08/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 47.20

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE



FORMULARIO STANDARD S.A. R.M. 5019920007076. TEL: 2221-4871 2221-5776 FAX: 2221-4871 2221-4871

SOLVENCIA Nº

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA PAGADO SUS IMPUESTOS MUNICIPALES CORRESPONDIENTES, EN BASE A LO ESTIPULADO EN EL ART. 77 DE LA LEY DE MUNICIPALIDADES VIGENTE, SIN PERJUICIO DEL IMPUESTO ADICIONAL QUE PUEDA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS DECLARACIONES.

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

CARLOS ENRIQUE / ALEMAN MEDRANO



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIÓ EL 03 AGOSTO 1984
SEXO MASCULINO
EMITIDA EL 01 JUNIO 2005

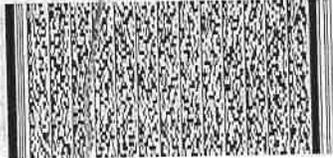
0512-1984-01188



10640478-02

ARTICULO 104 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna autoridad o persona particular podrá privar de la tenencia de la Tarjeta de Identidad a otra persona, sino en virtud de Ley o sentencia fundada en Ley. La infracción de este artículo dará lugar a la sanción correspondiente.

P
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0801

CARLOS ENRIQUE / ALEMAN MEDRANO

0512-1984-01188

07

República de Honduras
Secretaría de Salud
TARJETA DE SALUD

Valor Lps. 3.00
SERIE "A"

Nº 004677

Nombre:	Carlos Enrique Alemán M.
Dirección:	
Dependencia:	M.S.S.
Lugar:	Comayagua
Fecha:	01 Sept 10 2015
Firma Receptor:	Dr. Luis
Nombre:	
Examen:	V.D.R. NEGATIVO Valido con Embarazo

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

No.02-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **patrono al señor(a) WALTER NAHUM GUEVARA HERNANDEZ** identidad 0318-1984-00746 solvencia municipal No. 275528, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **MÉDICO GENERAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA en el Centro de Salud Cesamo “José María Ochoa Velásquez” para laborar en las diferentes barrios de la ciudad de la ciudad.**

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Evaluación y atención clínica de pacientes de acuerdo con definiciones de casos aprobados por la unidad de vigilancia de salud.
2. Se el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Llenado de ficha de seguimiento individual de los casos sospecho y confirmado.
4. Participar en el análisis diario del contexto y comportamiento del COVID-19 en su arela de influencia con el ERR regional.
5. Mapeo de zonas intervenidas y/o grupos de riesgos como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazados.
6. Coordinar actividades de respuestas rápidas con organizaciones de base comunitaria.
7. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
8. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
9. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
10. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19 (periodo de incubación:2-14 días)
11. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

12. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
13. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
14. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
15. Gestionar el traslado oportuno de pacientes que lo ameriten a los centros COVID-19 ya definidos en la región sanitaria. (pacientes con dificultad respiratoria o alto riesgo de complicación)
16. Referencia del caso para toma de muestra para confirmación de caso (cuando amerite) en coordinación con el técnico en laboratorio.
17. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
18. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
19. Otras responsabilidades que se le sean asignadas por su jefe inmediato

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir **del 10 de agosto, 2020 finalizando, 09 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de **L. 88,012.89 (OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS). 89/100**, que corresponde a un salario mensual de **Lps. 29,337.63 (VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100)**. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras **05-02-573 PROYECTO 298** y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código **05-02-581 PROYECTO 242**.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado (a)

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE/PROGRAMA FUERZA HONDURAS

Yo: **WALTER NAHUM GUEVARA HERNANDEZ** Con número de identidad **0318-1984-00746** por este medio de comprometo a participar en el Programa de Fuerza Honduras de la Municipalidad **Comayagua** 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.
- Solvencias municipal.

2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por la Municipalidad.

3. La Municipalidad de Comayagua 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 6 horas de acuerdo a lo estipulado con la Región de Salud de Comayagua.

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 Comayagua.

6. La Municipalidad de Comayagua 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 de Comayagua involucrada en el programa.

8. Después de tres días continuos a cinco días alternos de ausencia sin justificación se procederá a la suspensión automática del Programa de la Municipalidad Comayagua con

Fuerza Honduras sin lugar a reclamos. El programa pagara de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.

Comayagua 10 de agosto del 2020

Walter Walter Coronado Hernández
NOMBRE COMPLETO. NO. DE ID Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No.02-A-2020**. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, **2020**.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.



WALTER NAHUM GUEVARA HERNANDEZ

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No.02-A-2020**. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.



WALTER NAHUM GUEVARA HERNANDEZ

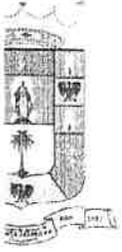
RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No.02-A-2020**. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.



WALTER NAHUM GUEVARA HERNANDEZ



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.comayagua.gub.hn

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle al Doctor **WALTER GUEVARA HERNANDEZ**, quien ha sido seleccionado a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, el cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,


CARLOS MIRANDA
Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Merly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red I Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo



CURRICULUM

DATOS GENERALES

- Nombre: Walter Guevara Hernández
- Fecha de Nacimiento: 28 de marzo de 1984
- Lugar de Residencia: Comayagua, Comayagua
- Contacto: +504 31452926 E-Mail: simplespidy@yahoo.com

Formación Académica

- Título de Doctor en Medicina: 2006-2012 Facultad Hospital V.I. Lenin-Holguín, Cuba.
- Título Especialista 1er. Grado Medicina Familiar: 2012-2015 Facultad V.I. Lenin-Holguín Cuba.
- Experto en Emergencia y Urgencias Extrahospitalarias Universidad de la República, Uruguay

Formación Profesional Clínica Asistencial

- Ponencia y participación en Congreso sobre HTA Urgencia y Emergencia, DM Urgencia y Emergencia, Politraumatismos y actuación en Puerta de emergencia 2015 Medical Center Honduras.
- Curso de Actualización en VIH/SIDA, Facultad V.I 2012, 2013, 2014, 2015
- Convención Facultad V.I Lenin 2010, 2012, 2015, Jornada de Urgencias y Patologías clínicas
- Capacitación en procedimientos de Cirugía Menor, Policlínico Dr. Mario Gutiérrez 2013, 2015
- Capacitación en Genética Humana, Policlínico Dr. Mario Gutiérrez 2014
- Actualización Medicina Natural y Tradicional (MNT) Policlínico Dr. Pedro del Toro 2013, 2014, 2015
- Actualización Programa Materno Infantil Policlínico Dr. Máximo Gómez 2013, 2014, 2015
- Arritmias en 1er y 2do nivel de atención Asociación Médica de San José 2018
- Manejo al menor politraumatizado puerta de emergencia Asociación Médica de San José 2018

- Manejo de Politrauma en Unidad de Emergencia Móvil, Utilización de Ventilador Mecánico, SAPP 2017, 2018

Otros Datos y Actualizaciones

- Idiomas: Castellano e Inglés
- ACLS : Abril 2018 (ETUM)
- PHTLS: Mayo 2018 (ETUM)
- PALS: Mayo 2018 (ETUM)

Experiencia Laboral

Asociación Española

Médico de Unidad Coronaria de Soporte Vital Avanzado: Nov. 2016- Actualidad

- Ambulancia Especializada: 911, Traslados, Asistencia a Domicilio.
- Policlínica Medicina Familiar.

Unidad Coronaria Móvil (UCM)

Servicio de Ambulancia de soporte vital Avanzado

Médico de Emergencia Móvil: Nov. 2016 - Actualidad

- Médico de Emergencia Móvil: Ambulancia Especializada: 911, Traslados, Asistencia a Domicilio.
- Médico de Radio.
- Policlínica Medicina Familiar.

Hospital Británico

Médico de Puerta de Emergencia y Unidad de Cuidado intensivo

Referencias:

Dr. Ruben Wernick : Director Técnico SEMEQ: Contacto: 094 117 420

Dr. Pablo Noli : Director técnico Canelones Emergencia SEMMI: Contacto: 093 748 510

Dr. Daniel Leal: Médico de Emergencia Móvil en SAPP: Contacto : 099 084 842

Dra. Veronica Velasquez : Médico en Asociación Española: Contacto:096 734 304 Móvil 096734304



REPÚBLICA DE CUBA



[Firma manuscrita]

El Rector

de la Escuela Latinoamericana

de Medicina

[Sello circular con texto: El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina...]

En uso de las facultades que le están conferidas y a propuesta del Decano de la Facultad, expide el presente Título de:

Doctor en Medicina

a favor de:

Walter Nahum Guevara Hernández

*por haber cumplido los requisitos establecidos en el plan de estudios y realizado los ejercicios correspondientes para la conclusión de la carrera, el día 16, del mes de **octubre**, del año 2012.*

*En testimonio de lo cual, se suscribe en la ciudad de La Habana a los 17 días, del mes de **octubre**, del año 2012.*

[Firma]
Decano

[Firma]
Rector

Refrendado:
[Firma]
Secretaría General

Registrado en tomo 8 folio 236 número 5895 del Registro de Títulos de la Secretaría General del CES
Registrado en tomo 5 folio 388 número 14849 de la Secretaría de la Facultad de Holguín



JOSÉ ARTIGAS
UNIÓN DE LOS PUEBLOS LIBRES
BICENTENARIO.UY



UruguayNatural

Consulado de la República Oriental del Uruguay
La Habana – Cuba



CONSULADO DEL URUGUAY
LA HABANA – CUBA

VISTO, para la legalización de la firma de Raúl Sánchez Atencio, funcionario del Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba, en Título de Doctor en Medicina de Walter Nahum Guevara Hernández

La Habana, 10 de septiembre de 2015

Actuación: 2377
Arancel No.40
Recibo No.1112288
Código: 75.0.01.21
Cobrado pc: 3
Moneda local:42.00



Neiza Salas
Neiza Salas

Oficial de Cancillería
ESTE DOCUMENTO DEBE SER
LEGALIZADO EN LA DIRECCIÓN DE ASUNTOS CONSULARES DEL MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES DEL URUGUAY (CUAREIM 1384)



“PARA TENER VALIDEZ EN LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
LA PRESENTE LEGALIZACIÓN ÚNICAMENTE CERTIFICA LA AUTENTICIDAD DE LA FIRMA DE LA
AUTORIDAD COMPETENTE QUE LUCE EN ESTE DOCUMENTO Y NO SU CONTENIDO”



REPÚBLICA DE CUBA

El presente Título de Especialista en Medicina General Integral se otorga a favor de los señores:
 1. Dr. Walter Nahum Guevara Hernández, por haber cumplido los requisitos establecidos y realizado los ejercicios correspondientes para su conclusión, el día 4 de abril del año 2015.



El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina

en uso de las facultades que le están conferidas, expide el presente Título de Especialista de:

Primer Grado en Medicina General Integral

a favor de:

Dr. Walter Nahum Guevara Hernández

en atención a que ha cumplido los requisitos establecidos y realizado los ejercicios correspondientes para su conclusión, el día 4, del mes de abril, del año 2015.

En testimonio de lo cual, se suscribe en la ciudad de La Habana, a los 6 días, del mes de abril, del año 2015

Decano

Rector

Refrendado:

Secretaria General

Registrado en el tomo 2 folio 171 número 4235 del Registro de Títulos de la Secretaria General del CES

Registrado en el tomo II folio 145 número 8813 del Registro de Títulos de la Facultad de Holguín



JOSÉ ARTIGAS
UNIÓN DE LOS PUEBLOS LIBRES
BICENTENARIO.UY



UruguayNatural

*Consulado de la República Oriental del Uruguay
La Habana – Cuba*


**CONSULADO DEL URUGUAY
LA HABANA – CUBA**
*VISTO, para la legalización de la firma de Raúl Sánchez
Atencio, funcionario del Ministerio de Relaciones Exteriores de
Cuba, en Título de Especialista de Primer Grado en Medicina
General Integral de Walter Nahum Guevara Hernández*
La Habana, 10 de septiembre de 2015

**Actuación: 2378
Arancel No.40
Recibo No.1112288
Código: 75.0.01.21
Cobrado pc: 3
Moneda local:42.00**



Neiza Salas

**Neiza Salas
Oficial de Cancillería**

"PARA TENER VALIDEZ EN LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY, ESTE DOCUMENTO DEBE SER LEGALIZADO EN LA DIRECCIÓN DE ASUNTOS CONSULARES DEL MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES DEL URUGUAY (CUAREIM 1384)"

"LA PRESENTE LEGALIZACIÓN ÚNICAMENTE CERTIFICA LA AUTENTICIDAD DE LA FIRMA DE LA AUTORIDAD COMPETENTE QUE LUCE EN ESTE DOCUMENTO Y NO SU CONTENIDO"

REGISTRO DE ASUNTOS CONSULARES
RECEIBO EN EL CONSULADO DE LA REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

POR CUANTO

POR RESOLUCIÓN DE FECHA DOCE DE OCTUBRE DE DOS MIL DIECISÉIS, EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA, RESUELVE

REVALIDAR

EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA, OTORGADO POR LA ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA DE LA HABANA, REPÚBLICA DE CUBA, SEGÚN DOCUMENTACIÓN EXPEDIDA EL DIECISIETE DE OCTUBRE DE DOS MIL DOCE, EN FAVOR DE

Walter Nabum Guevara Hernandez

NACIDO EN HONDURAS, POR EL TÍTULO DE

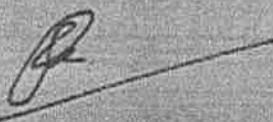
Doctor en Medicina

DENTRO DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY.

POR TANTO

SE EXPIDE EL PRESENTE DOCUMENTO EN CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES, EN MONTEVIDEO, EL VEINTIUNO DE OCTUBRE DE DOS MIL DIECISÉIS.




Roberto Markarian
Rector


Intendente



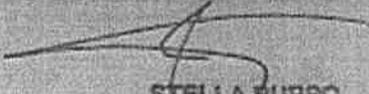
Universidad de la República
Facultad de Medicina

Montevideo, 11 de octubre de 2016

Esta Reválida queda anotada en el Libro 42-1005 al Folio 930 con el N° 29.342.



BEDELIA

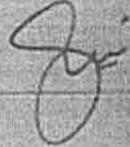

STELLA PUPPO
Directora D. de Enseñanza

Universidad de la República

Montevideo, 25 de octubre de 2016

Esta Reválida se firma en esta fecha y se anota en el Libro 24 D del Registro General de Títulos de la Universidad de la República, al Folio 42 con el N° 273.


MARÍA FERREYRA
Directora
Departamento de Bedelia General



LYA LÓPEZ
Jefe de Sección
Bedelia General

Ministerio de Salud Pública

Depto. Habitación y Control
de Profesionales de la Salud

Con esta fecha 16 de Noviembre de 2016
queda inscripto con la C.I. 6170310-A
en el Registro de Profesionales de la Salud.

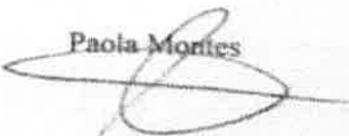

MTRO. MARTÍN ROJAS
ADMINISTRATIVO
Dpto. Habitación y Control
de Profesionales de la Salud
Ministerio de Salud Pública

Los Cerrillos, 19 de Marzo de 2019.-

Por intermedio de la presente SEMMI CERRILLOS S.R.L que gira en el ramo de
Emergencia Médico Móvil, con domicilio en la calle Zorrilla de San Martín s/n de la
Ciudad de Los Cerrillos, del departamento de Canelones, registrada en la DGI con el No.
de Rut 020128950018, y en el BPS con el No. 3.215.643,-----
deja constancia que la Dr. Walter Guevara, titular de la Cédula de Identidad N° 6173-310-1,
desarrolla funciones como Médico en nuestra Institución-----
Prestando asistencia a pacientes en base, en domicilio, realizando Traslados Especializados
así como tareas de promoción y prevención de salud,-----
El mismo se desempeña a plena satisfacción de nuestra empresa, con total solvencia
en el cargo, tanto desde el punto de vista técnico como humano,-----
Se expide la presente a solicitud de parte interesada en lugar y fecha arriba indicadas y a
los efectos de su presentación ante quien corresponda,-----

Por: SEMMI Cerrillos S.R.L.

Paola Montes





coopconsorciomed@hotmai.com

A quien corresponda:

Por la presente dejamos constancia que el Dr. Walter Guevara, C.I. 6.173.310-1, se desempeña como médico para la Mutualista CUDAM y SAPP Emergencia móvil por intermedio de nuestra Cooperativa de Trabajo desde Noviembre del 2016 a la fecha.

Quedamos a las ordenes ante cualquier consulta.

Atte.
Alejandro Lacambra
R.R.H.H.



SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

**Proveedor de
SVCA/ACLS**



**American
Heart
Association**

Walter Valdez Guerra Román

La persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

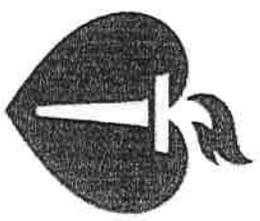
13/05/2018

Fecha de emisión

13/05/2018

Fecha de actualización recomendada

SOPORTE VITAL AVANZADO PEDIÁTRICO



American Heart Association®

American Academy of Pediatrics



Proveedor de SVAP/PALS

Walter Johnson Guerra Hernández

La persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte vital avanzado pediátrico de la American Heart Association.

14/05/2018

Fecha de emisión

11/5/2022

Fecha de actualización recomendada

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

WALTER NAHUM / GUEVARA HERNANDEZ



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL 28 MARZO 1984
SEXO: MASCULINO
EMITIDA EL 31 JULIO 2007

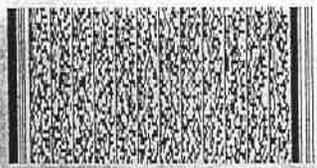


0318-1984-00746



04706705-03

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.



SOLICITADA EN 0301
WALTER NAHUM / GUEVARA HERNANDEZ
0318-1984-00746



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275528

N° 000275528

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:

WALTER NAHUM GUEVARA

0318-1984-00746

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
11/03/20	31/12/2020	2019

Valor Pag. 23.60



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE

SOLVENCIA N°

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA PAGADO SUS IMPUESTOS MUNICIPALES CORRESPONDIENTES, EN BASE A LO ESTIPULADO EN EL ART. 77 DE LA LEY DE MUNICIPALIDADES VIGENTE, SIN PERJUICIO DEL IMPUESTO ADICIONAL QUE PUEDA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS DECLARACIONES.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

No.03-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **patrono al señor(a) JOSE FERNANDO MEDINA REYES** identidad 0301-1989-01706 solvencia municipal No. 275503, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **MÉDICO GENERAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA** en el Centro de Salud Cesamo “José María Ochoa Velásquez” para laborar en las diferentes barrios de la ciudad de la ciudad.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Evaluación y atención clínica de pacientes de acuerdo con definiciones de casos aprobados por la unidad de vigilancia de salud.
2. Se el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Llenado de ficha de seguimiento individual de los casos sospecho y confirmado.
4. Participar en el análisis diario del contexto y comportamiento del COVID-19 en su arela de influencia con el ERR regional.
5. Mapeo de zonas intervenidas y/o grupos de riesgos como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazados.
6. Coordinar actividades de respuestas rápidas con organizaciones de base comunitaria.
7. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
8. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
9. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
10. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19 (periodo de incubación:2-14 días)
11. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

12. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
13. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
14. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
15. Gestionar el traslado oportuno de pacientes que lo ameriten a los centros COVID-19 ya definidos en la región sanitaria. (pacientes con dificultad respiratoria o alto riesgo de complicación)
16. Referencia del caso para toma de muestra para confirmación de caso (cuando amerite) en coordinación con el técnico en laboratorio.
17. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
18. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
19. Otras responsabilidades que se le sean asignadas por su jefe inmediato

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir **del 10 de agosto, 2020 finalizando, 09 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de **L. 88,012.89 (OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS). 89/100**, que corresponde a un salario mensual de **Lps. 29,337.63 (VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100)**. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras **05-02-573 PROYECTO 298** y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código **05-02-581 PROYECTO 242**.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado (a)

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE/PROGRAMA FUERZA HONDURAS

Yo: **JOSE FERNANDO MEDINA REYES** Con número de identidad **0301-1989-01706** por este medio de comprometo a participar en el Programa de Fuerza Honduras de la Municipalidad **Comayagua** 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.
- Solvencias municipal.

2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por la Municipalidad.

3. La Municipalidad de Comayagua 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 6 horas de acuerdo a lo estipulado con la Región de Salud de Comayagua.

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 Comayagua.

6. La Municipalidad de Comayagua 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 de Comayagua involucrada en el programa.

8. Después de tres días continuos a cinco días alternos de ausencia sin justificación se procederá a la suspensión automática del Programa de la Municipalidad Comayagua con

Fuerza Honduras sin lugar a reclamos. El programa pagara de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.

Comayagua 10 de agosto del 2020

Jose Fernando Medina 0301-1989-01706

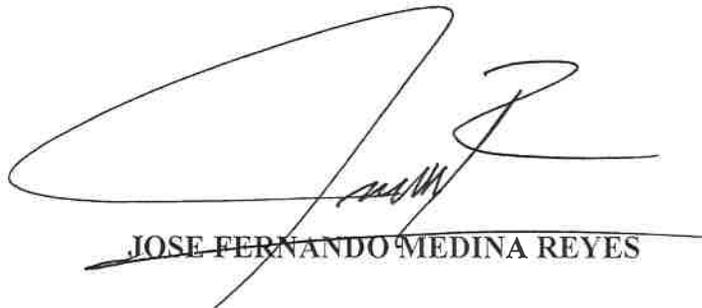
NOMBRE COMPLETO. NO. DE ID Y FIRMA DEL PARTICIPANTE



RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.03-A-2020. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.



JOSE FERNANDO MEDINA REYES

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No.03-A-2020**. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, **2020**.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.



~~JOSE FERNANDO MEDINA REYES~~

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.03-A-2020. Correspondiente al 10 octubre de al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.



JOSE FERNANDO MEDINA REYES



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504) 2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.comayagua.gub.hn

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle al Doctor **JOSE FERNANDO MEDINA REYES**, quien ha sido seleccionado a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, el cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,


CARLOS MIRANDA
Acalde Municipal



Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Merly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud. Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

36

CURRICULUM VITAE

DATOS GENERALES

Nombre Completo : JOSE FERNANDO MEDINA REYES

Identidad : 0301-1989-01706

Edad : 30 Años

Estado Civil : Casado

Lugar de Nacimiento: Comayagua, Comayagua

Fecha de Nacimiento: 29 de Abril de 1989

Dirección Actual: esquina opuesta asilo de ancianos San Pablo
apóstol Barrio San Blas Comayagua Comayagua

Número Telefónico: cel.32449421

Email: ferqko1@yahoo.com

Nivel Educativo : Doctor en Medicina y Cirugía
Colegiación: 11964
Bachiller en Ciencias y Letras
Técnico en Computación
Pasante octavo nivel ingles instituto IHCI.



Adela Solvancia

Peregrino Solvancia

Formación Académica:

Primaria "Escuela Mixta Fray Juan de Jesús Zepeda"

Ciclo Común "Instituto La Inmaculada" Comayagua, Comayagua 2002-2004

Bachiller en Ciencias y Letras, y Técnico en Computación "Instituto La Inmaculada" Comayagua, Comayagua 2005-2007

Universitaria: Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma De Honduras, 2016

Cursos Recibidos: Pasante octavo nivel en idioma Ingles, Instituto Hondureño de Cultura Interamericana. Comayagua, Comayagua.

Experiencia Laboral:

Médico General en jornada diurna y de turno. Clínica Medica Integral. De Septiembre a Diciembre de 2016. Comayagua, Comayagua
Jefe inmediato Dr. Jorge Casco. Cel: 96770386

Médico General de turno en Clínica médica Vargas, Marcala, La Paz. Enero a marzo 2018. Cel: 99344690.

Medico Asistencial en ONG APUFRAM Flores, VSA, Comayagua.

Jornadas Médicas:

Jornada de Actualización de Medicina Interna, Comayagua 20 de noviembre 2015

Jornada de Actualización de Oftalmología, Comayagua 26 de Febrero 2016

Jornada de Actualización de Endocrinología, Comayagua 4 de Junio 2016

Jornada de Actualización de Neurocirugía, Comayagua 9 de Septiembre 2016

Jornada de Actualización de Cirugía Plástica, "Destrezas Quirúrgicas en Urgencias, Taller I" Tegucigalpa 22 de Octubre 2016

Jornada de Actualización de Medicina Interna, Comayagua 5 de noviembre 2016

X Congreso Nacional de Hipertensión Arterial, Tegucigalpa 25 y 26 de Noviembre de 2016.

Jornada de Actualización de Ortopedia, Comayagua 27 de Abril de 2018

Jornada de Actualización Regional en Pediatría, Comayagua 18 y 19 de mayo 2018

Jornada de Actualización de Gastroenterología, Comayagua 24 de mayo 2018

Jornada de Actualización en Neurocirugía , Comayagua 29 junio 2018.

Pre-Congreso Radiología LXI Congreso Medico Nacional, Santa Rosa de Copan 11 julio 2018

Pre-Congreso Escritura y Publicación de Artículos Biomédicos, LXI Congreso Medico Nacional, Santa Rosa de Copan 11 julio 2018

LXI Congreso Medico Nacional "Dr. Arnulfo Bueso Pineda", Santa Rosa de Copan 11 al 14 julio 2018

Actualización del curso SVB/BLS de la American Heart Asociacion, Hospital Adventista Valle de Ángeles; 22 julio 2018

Otras habilidades o conocimientos

Trabajo en equipo

Honradez

Responsabilidad

Puntualidad

Humanismo

Capacidad de trabajar jornadas extensas

Calidez

Referencias personales

Doctor Edwin Padilla, Medico General en Hospital Regional Santa Teresa y Centro Medico Comayagua Colonial. Cel: 99900579

Doctor Jorge Casco, Medico General. Clínica Médica Integral. Comayagua, Comayagua.96770386

Doctor Osman Muños, Medico Gineco-Obstetra. Clínica de Especialidades Del Valle, Comayagua, Comayagua. Cel: 95040382



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

El Rector de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en ejercicio de las facultades que le competen



POR CUANTO: José Fernando Medina Reyes

ha terminado sus estudios en La Facultad de Ciencias Médicas el cuatro de julio de dos mil dieciséis

y cumple todos los requisitos legales.

POR TANTO se otorga el título de Doctor en Medicina y Cirugía

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, M.D.C. el día 04 de Julio de dos mil dieciséis

[Signature]

José Castillo

[Signature]

Nº 32929

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

El (la) Infrascrito (a) Secretario (a) General de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, hace constar que este Título fue registrado bajo el N° 018 Folio 002 Tomo XXXVIII del Libro respectivo.

Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes"
Tegucigalpa M.D.C. veintidos de julio de dos mil dieciséis

[Signature]

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

JOSE FERNANDO / MEDINA REYES



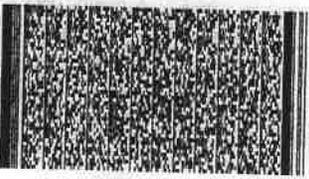
HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL : 29 ABRIL 1989
SEXO : MASCULINO
EMITIDA EL : 15 ENERO 2008

0301-1989-01706



11285024-01

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.



SOLICITADA EN 0301

JOSE FERNANDO / MEDINA REYES

0301-1989-01706

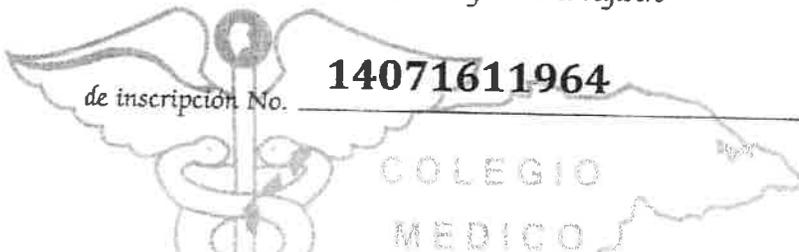
La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras

Hace constar que el Doctor (a) en Medicina y Cirugía

JOSÉ FERNANDO MEDINA REYES

Es miembro de este Colegio con el registro

de inscripción No. **14071611964**



Para los fines de Ley extiende el presente

CERTIFICADO

En Tegucigalpa, M.D.C., a los 18 días del mes de Agosto
de 2016

Presidente

DRA. SUYAPA M. FIGUEROA EGUIGUREMS

Secretario de Colegiaciones

DRA. MARIA A. CASTRO MENDOZA



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275503

Nº 000275503

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:	
JOSE FERNANDO MEDINA REYES	
0301-1989-01706	

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
10/08/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 665.00



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE _____

SOLVENCIA Nº

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA PAGADO SUS IMPUESTOS MUNICIPALES CORRESPONDIENTES, EN BASE A LO ESTIPULADO EN EL ART. 77 DE LA LEY DE MUNICIPALIDADES VIGENTE, SIN PERJUICIO DEL IMPUESTO ADICIONAL QUE PUEDA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS DECLARACIONES.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

No.04-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **patrono al señor(a) JIMY JAVIER PEREZ RIVERA** identidad 0319-1991-00380 solvencia municipal No. 275720, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **MÉDICO GENERAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA en el Centro de Salud Cesamo “José María Ochoa Velásquez” para laborar en las diferentes barrios de la ciudad de la ciudad.**

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Evaluación y atención clínica de pacientes de acuerdo con definiciones de casos aprobados por la unidad de vigilancia de salud.
2. Se el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Llenado de ficha de seguimiento individual de los casos sospecho y confirmado.
4. Participar en el análisis diario del contexto y comportamiento del COVID-19 en su arela de influencia con el ERR regional.
5. Mapeo de zonas intervenidas y/o grupos de riesgos como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazados.
6. Coordinar actividades de respuestas rápidas con organizaciones de base comunitaria.
7. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
8. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
9. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
10. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19 (periodo de incubación:2-14 días)
11. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

12. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
13. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
14. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
15. Gestionar el traslado oportuno de pacientes que lo ameriten a los centros COVID-19 ya definidos en la región sanitaria. (pacientes con dificultad respiratoria o alto riesgo de complicación)
16. Referencia del caso para toma de muestra para confirmación de caso (cuando amerite) en coordinación con el técnico en laboratorio.
17. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
18. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
19. Otras responsabilidades que se le sean asignadas por su jefe inmediato

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir **del 10 de agosto, 2020 finalizando, 09 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de **L. 88,012.89 (OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS). 89/100**, que corresponde a un salario mensual de **Lps. 29,337.63 (VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100)**. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras 05-02-573 PROYECTO 298 y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código 05-02-581 PROYECTO 242.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado (a)

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE/PROGRAMA FUERZA HONDURAS

Yo: **JIMY JAVIER PEREZ RIVERA** Con número de identidad **0319-1991-00380** por este medio de comprometo a participar en el Programa de Fuerza Honduras de la Municipalidad **Comayagua** 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.
- Solvencias municipal.

2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por la Municipalidad.

3. La Municipalidad de Comayagua 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 6 horas de acuerdo a lo estipulado con la Región de Salud de Comayagua.

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 Comayagua.

6. La Municipalidad de Comayagua 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 de Comayagua involucrada en el programa.

8. Después de tres días continuos a cinco días alternos de ausencia sin justificación se procederá a la suspensión automática del Programa de la Municipalidad Comayagua con

Fuerza Honduras sin lugar a reclamos. El programa pagara de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.

Comayagua 10 de agosto del 2020

Jimmy Javier Pérez Rivera 0319-1991-00380

NOMBRE COMPLETO. NO. DE ID Y FIRMA DEL PARTICIPANTE



RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No.04-A-2020**. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.



JIMY JAVIER PEREZ RIVERA

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No.04-A-2020**. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, **2020**.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.



JIMY JAVIER PEREZ RIVERA

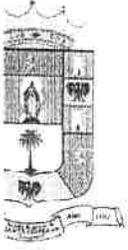
RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.04-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.



JIMY JAVIER PEREZ RIVERA



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028
Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.alcaldia.comayagua.gub.hn

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle al Doctor **JIMY JAVIER PEREZ RIVERA**, quien ha sido seleccionado a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, el cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente:



CARLOS MIRANDA

Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Merly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red I Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

75

CURRICULUM VITAE



Nombre: Jimy Javier Pérez Rivera
Edad: 28 años
Lugar y fecha de nacimiento: Comayagua, Comayagua 18/08/91
Identidad: 0319-1991-00380
Estado civil: Soltero
Dirección actual: Flores, Villa de San Antonio, Comayagua
Celular: 9864-0986
RTN: 03191991003806
Correo electrónico: jimyperez63@gmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

Universitario

Fechas: Febrero 2009 – Noviembre 2017
Título obtenido: Doctor en Medicina General y Cirugía
Institución, Lugar: Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Tegucigalpa.

Estudios Secundarios

Fechas: Febrero 2004 – Noviembre 2008
Título obtenido: Bachiller en Ciencias y Letras
Institución, Lugar: Instituto Maximiliano Kolbe (IMK), Flores, Comayagua.
Porcentaje alcanzado de la carrera: 100%

Estudios Primarios

Fechas: Febrero 1997 – Noviembre 2003
Institución, Lugar: C.E.B Augusto C. Coello, Flores, Comayagua

EXPERIENCIA LABORAL

Fechas: Noviembre 2016 – Noviembre 2017
Nombre del Centro Asistencial: Hospital General Santa Teresa.
Cargo: Médico en Servicio Social.
Funciones:

- Atención de Consulta Medica
- Realización de Exámenes Médicos
- Remitir pacientes a médico especialista cuando se requiere.
- Atención, Manejo de Urgencias y Emergencias Médicas.
- Manejo de paciente Hospitalizado.
- Apoyo a Médico Especialista.
- Consejería a pacientes para su Rehabilitación.

Fechas: Junio a Agosto 2019

Nombre del Centro Asistencial: Hospital General Santa Teresa (HGST).

Cargo: Médico de Guardia

Funciones:

- Atención, Manejo de Urgencias y Emergencias Médicas en Unidad de Dengue.
- Manejo de paciente Hospitalizado.
- Apoyo a Médico Especialista. Fechas: Septiembre 2018 hasta la actualidad

Nombre del Centro Asistencial: Centro Medico Comayagua Colonial (CMCC).

Cargo: Médico de Guardia

Funciones:

- Atención, Manejo de Urgencias y Emergencias Médicas.
- Manejo de paciente Hospitalizado.
- Apoyo a Médico Especialista.
- Manejo de pacientes del IHSS

TALLERES Y CURSOS RECIBIDOS

Fecha: Abril 2018

Nombre del curso: Curso Virtual en Control Integral de Cáncer Cervicouterino.

Institución, Lugar y Duración: OPS, Honduras, 40 horas.

Fecha: Mayo 2018

Nombre del Taller: Electrocardiografía.

Institución, Lugar y Duración: CMH, Hotel Clarión, Tegucigalpa, 8 horas.

Fecha: Junio 2018 a Julio 2018

Nombre del curso: Curso Virtual en Manejo y Control de Enfermedad Renal Crónica.

Curso Virtual en Manejo de Atención en Salud del Adulto Mayor.

Curso Virtual en Manejo de la presión Arterial para Equipo de Atención Primaria.

Institución, Lugar y Duración: OPS, Honduras, 190 horas.

Fecha: Julio 2018

Nombre del curso: Asesor de Lactancia Materna.

Curso Propedéutico en Prevención y Atención de DM-2.

Experto en Medición Integrada para Detección Oportuna en Adultos.

Primer Respondiente en Emergencias.

Institución, Lugar y Duración: Fundación Carlos Slim, Honduras, 300 horas.

Fecha: Agosto 2018

Nombre del curso: Proveedor de Soporte Vital Básico (BLS/SVB) avalado por la American Heart Association (AHA).

Institución, Lugar y Duración: Hospital Adventista, Valle de Ángeles, Tegucigalpa, 8 horas.

Fecha: Junio 2020

Nombre del curso: Curso Básico de Salud Ocupacional frente al COVID 19

Institución, Lugar y Duración: Universidad Tecnológica Centroamericana de Honduras (UNITEC), Tegucigalpa, 20 horas

RECONOCIMIENTOS

Fechas: Septiembre 2009, 2012, 2013, 2015. (4 años).

Nombre del reconocimiento: Excelencia Académica

Institución, Lugar: Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa.

Fechas: Años 2013 a 2018.

Nombre del curso: Jornada de Emergencias Médicas Abril 2013.

Jornada de actualización de Ortopedia en Febrero 2017.

Jornada sobre Cumplimiento Fiscal brindada en CMH Abril 2018.

Jornada de actualización de Ortopedia en Abril 2018.

Asistente al Congreso Médico Nacional de Oncología en Mayo 2018.

Asistente al Congreso Multidisciplinario de Hospital General San Felipe 2018.

Jornada de actualización en Influenza Mayo 2018.

Jornada de actualización en Gastroenterología Mayo 2018.

Asistente al XI Congreso Nacional de Medicina Física y Rehabilitación Junio 2018.

Jornada de actualización en Neurocirugía Junio 2018.

Asistente al LXI Congreso Médico Nacional (COMENAC) "Atención Primaria en Salud : Logros y Desafíos del siglo XXI realizado en Santa Rosa de Copán Julio 2018.

Asistente en Precongreso de Radiología en Santa Rosa de Copán COMENAC Julio 2018.

Institución, Lugar: Hotel Clarión (Tegucigalpa), Restaurante El Torito (Comayagua), CMH (Tegucigalpa).

Nombre del Curso: Normas de Bioseguridad frente al Covid 19, INFOP, 10 hrs, Mayo 2020

DOMINIO DE IDIOMAS Y COMPUTACIÓN

Idiomas

- Inglés (Básico)
- Español (Natal)

Computación

Taller de Microsoft Office brindado por el Instituto Hondureño de Cultura Iberoamericano (IHCI) en la ciudad de Comayagua Agosto 2018.

- Word
- Excel
- Power Point

OTRAS EXPERIENCIAS PERSONALES

Fecha: Marzo 2015

Nombre de la Institución: Centro Médico Quirúrgico San José.

Cargo: Médico en Brigada

Funciones:

- Atender Consultas de los pacientes
- Consejería sobre Estilos de Vida Saludable.
- Detección de Factores de Riesgo para desarrollo de Enfermedades.

Fecha: Marzo 2015

Fecha: Junio 2017

Nombre de la Institución: Fuerza Aérea de Honduras.

Cargo: Médico en Brigada.

Funciones:

- Atender Consultas de los pacientes
- Consejería sobre Estilos de Vida Saludable.
- Detección de Factores de Riesgo para desarrollo de Enfermedades.

OTRAS HABILIDADES

- Trabajo en equipo y bajo presión
- Facilidad de aprendizaje
- Manejo de automóvil
- Proactivo
- Buenas Relaciones Interpersonales

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre: Dr. Fernando Alcántara

Cargo: Jefe de Gestión Clínica.

Empresa o sitio donde labora: Hospital General Santa Teresa

Teléfono: 9973-6551.

Nombre: Dr. Alexander Lozano

Cargo: Medico de Planta Alimentos Maravilla, Comayagua

Empresa o sitio donde labora: Alimentos Maravilla, Comayagua

Teléfono: 9673-9179.

Nombre: Lic. Rene Pérez Gonzales.

Cargo: Ex Director (Maestro Jubilado).

Empresa o sitio donde labora: C.E.B Augusto C. Coello

Teléfono: 96560204.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE HONDURAS**

El Rector (a) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
en ejercicio de las facultades que la Ley le confiere



POR CUANTO: **Jimmy Javier
Pérez Libera**

ha concluido sus estudios en la Facultad de Ciencias Médicas en la
Ciudad Universitaria, el día de febrero de dos mil dieciocho; y habiendo
cumplido todos los requisitos legales,

POR TANTO: se extiende el título de **Doctor
en Medicina y Cirugía**

Dado en la Ciudad Universitaria, "Zona Ciudad Reyes", Tegucigalpa, M.D.C.
el tres de marzo de dos mil dieciocho.


SECRETARIO (A) GENERAL


RECTOR (A)


DECANO (A) & DIRECTOR (A)

Nº 43660

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

El (la) Infrascrito (a) Secretario (a) General de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, hace constar que este título fue registrado bajo el Nº 028, Folio 003, Tomo XX del libro respectivo.

República de Honduras, Tegucigalpa M.D.C., Ciudad Universitaria "José Trinidad Reyes", tres de marzo de dos mil dieciocho.



SECRETARIA GENERAL

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras
CERTIFICA QUE
JIMY JAVIER PEREZ RIVERA



Es miembro de este Colegio con registro de inscripción
12021813808
Inscrito como:



DOCTOR EN MEDICINA GENERAL Y CIRUGIA

Tegucigalpa M.D.C., 30 de mayo de 2018



Presidente(a)
Dra. Suyapa Figueroa Eguigurems

Secretaría de Colegiaciones
Dra. Gladys Argentina Ordóñez Elvir





REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

JIMY JAVIER / PEREZ RIVERA



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL 18 AGOSTO 1991
SEXO MASCULINO
EMITIDA EL 29 SEPTIEMBRE 2013

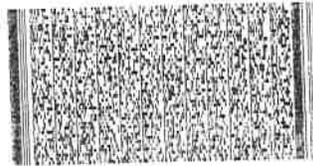
0319-1991-00380



12154494-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona cancelar, 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 0319

JIMY JAVIER / PEREZ RIVERA

0319-1991-00380

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.05-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **patrono al señor(a) DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE** identidad 0301-1990-01239 solvencia municipal No. 275472, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **MÉDICO GENERAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA en el Centro de Salud Cesamo “José María Ochoa Velásquez” para laborar en las diferentes barrios de la ciudad de la ciudad.**

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Evaluación y atención clínica de pacientes de acuerdo con definiciones de casos aprobados por la unidad de vigilancia de salud.
2. Se el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Llenado de ficha de seguimiento individual de los casos sospecho y confirmado.
4. Participar en el análisis diario del contexto y comportamiento del COVID-19 en su arela de influencia con el ERR regional.
5. Mapeo de zonas intervenidas y/o grupos de riesgos como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazados.
6. Coordinar actividades de respuestas rápidas con organizaciones de base comunitaria.
7. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
8. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
9. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
10. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19 (periodo de incubación:2-14 días)
11. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

12. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
13. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
14. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
15. Gestionar el traslado oportuno de pacientes que lo ameriten a los centros COVID-19 ya definidos en la región sanitaria. (pacientes con dificultad respiratoria o alto riesgo de complicación)
16. Referencia del caso para toma de muestra para confirmación de caso (cuando amerite) en coordinación con el técnico en laboratorio.
17. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
18. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
19. Otras responsabilidades que se le sean asignadas por su jefe inmediato

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir **del 10 de agosto, 2020 finalizando, 09 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de **L. 88,012.89 (OCHENTA Y OCHO MIL DOCE LEMPIRAS). 89/100**, que corresponde a un salario mensual de **Lps. 29,337.63 (VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100)**. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras **05-02-573 PROYECTO 298** y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código **05-02-581 PROYECTO 242**.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020


El Contratante


El Contratado (a)

ACTA DE COMPROMISO PARTICIPANTE/PROGRAMA FUERZA HONDURAS

Yo: **DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE** Con número de identidad **0301-1990-01239** por este medio de comprometo a participar en el Programa de Fuerza Honduras de la Municipalidad **Comayagua** 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.
 - Solvencias municipal.
2. Me comprometo a cumplir y acatar las normas, disposiciones, reglamentos y procedimientos internos establecidos por la Municipalidad.
3. La Municipalidad de Comayagua 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 6 horas de acuerdo a lo estipulado con la Región de Salud de Comayagua.
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 Comayagua.
6. La Municipalidad de Comayagua 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 de Comayagua involucrada en el programa.
8. Después de tres días continuos a cinco días alternos de ausencia sin justificación se procederá a la suspensión automática del Programa de la Municipalidad Comayagua con

Fuerza Honduras sin lugar a reclamos. El programa pagara de manera proporcional la asistencia a la fecha de suspensión y/o deserción.

Comayagua 10 de agosto del 2020

Denia Carolina Torres Donaire 0301-1990-01239
NOMBRE COMPLETO. NO. DE ID Y FIRMA DEL PARTICIPANTE



RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.05-A-2020. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.



DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No.05-A-2020**. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.



DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE

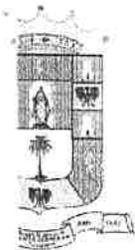
RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTA SIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.05-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.



DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.amcomayagua.com

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle a la Doctora **DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE**, quien ha sido seleccionada a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, el cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

CARLOS MIRANDA

Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Merly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

112

CURRICULUM VITAE

Denia Carolina Torres Donaire

Fecha de nacimiento: 10-04-1990

Comayagua, Comayagua, Honduras

Tel : 27726463 Cel : 33554116

Email: denia.torres.donaire@gmail.com



ESTUDIOS

2008

Comayagua - Honduras

Técnico en computación

Instituto Marista La Inmaculada

2018

Tegucigalpa - Honduras

Dra en Medicina y Cirugía

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Ago2018-Feb201

Online

Diplomado en Salud Ocupacional

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Idiomas:

Español: Natal

Inglés: intermedio

Programas manejados: Word, Excel, Power Point, Epiinfo

EXPERIENCIA LABORAL

Ago 2015 – Ago 2016 **Hospital General Santa Teresa**
Comayagua, Honduras **Médico Interno**

Tareas realizadas: Rotación por Salas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecoobstetricia, Labor y Parto, Quirófano, Emergencia, Neonatología.

Nov 2016 – Nov 2017 **Hospital Roberto Suazo Córdova**
La Paz, Honduras **Médico en Servicio Social**

Tareas realizadas: Rotación por Salas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecoobstetricia, Labor y Parto, Quirófano, Emergencia, Neonatología, Consulta Externa.

Ago 2018 **Hospital Roberto Suazo Córdova**
La Paz, Honduras **Médico general**

Tareas realizadas: cubrir vacaciones de médico general jefe de emergencia.

Sep 2018 – Dic2019 **Clinica San Jorge**
Comayagua, Honduras **Médico general**

Tareas realizadas: consulta externa.

Sep 2018 – Dic2019 **Clinica Santa Lucia**
Comayagua, Honduras **Médico general**

Tareas realizadas: consulta externa.

OTROS CURSOS

- Curso Covid – 19 : Ventilación mecánica para no intensivistas, 2020**
- Jornada de Coronavirus : Prevención detección y manejo, 2020**
- Jornada de Uso racional de antibióticos, 2020**
- Simposio de Tuberculosis : Es hora de actuar. ¡Pon fin a la Tuberculosis !, 2019**
- Jornada de prevencion del daño renal, 2019**
- Jornada de Dengue "Estrategia integral de manejo del Dengue", 2019**
- Jornada : "Nuevos desafios bioéticos en salud", 2019**
- Jornada de actualización de Medicina Interna, 2019**
- Taller sobre recurson informáticos en investigación para la salud, 2019**
- Jornada : "El abordaje del internista", 2019**
- Curso virtual de Dengue, 2019**
- XI Congreso de Postgrados : Pediatría, Ginecologia-Obtetricia, 2018**
- Coferencia : "Residencias médicas en el extranjero", 2018**
- Jornada de actualización en diabetes, 2018**
- LXI Congreso médico nacional "Dr. Arnulfo Bueso Pineda" Atencion primaria en salud : Logros y desafios del siglo XXI, 2018**
- Precongreso : Curso de atención primaria en salud, LXI Congreso médico nacional "Dr. Arnulfo Bueso Pineda" Atencion primaria en salud : Logros y desafios del siglo XXI, 2018**
- Jornada de actualización de Neurocirugía, 2018**
- Jornada de actualizacion de Medicina Interna, 2018**
- Reunión satélite : Accidente ofídico : un problema mundial, 2018**
- Jornada de actualización en epidemiología, manejo y prevención de la Influenza, 2018**

REFERENCIA LABORAL

Dr. Gunther Torres

Hospital Roberto Suazo Córdova (La Paz - Honduras)
Director ejecutivo / Médico Internista
Teléfono : 95207233

Lic. Hector Colindres

Clinica San Jorge / Clinica Santa Lucia
Administrador / Socio
Teléfono : 31786772

Dra. Nohemí López

Hospital General Santa Teresa
Pediatra
Teléfono : 97838275

REFERENCIA PERSONAL

Francisco Torres González

Padre (Comayagua – Honduras)

Perito Mercantil
Teléfono : 98905927

Dra. Jessica Torres

Hermana (Tegucigalpa – Honduras)

Dra en Química y Farmacia/Visita Médica
Teléfono : 31750389

Dra Patricia Chavarria

Amistad (Comayagua – Honduras)

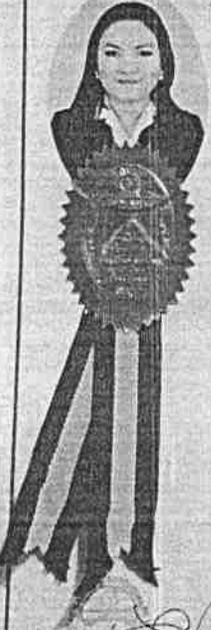
Dra en medicina y cirugía
Teléfono : 95580737

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE HONDURAS**

El Rector (a) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en ejercicio de las facultades que la Ley le confiere.



**POR CUANTO: Denia Carolina
Torres Donaire**

ha concluido sus estudios en la Facultad de Ciencias Médicas en la Ciudad Universitaria, el día de febrero de dos mil dieciocho; y habiendo cumplido todos los requisitos legales.

**POR TANTO: se concede el título de Doctora
en Medicina y Cirugía**

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Ferrer", Tegucigalpa, H. D. C. el día de marzo de dos mil dieciocho.



SECRETARIO GENERAL



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



DIRECTOR (A) DE LA FACULTAD

Nº 43900

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

El (la) Instructor (a) Secretario (a) General de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, hace constar que este Título fue registrado bajo el Nº 058, Folio 006, Tomo XX del Libro respectivo.

República de Honduras, Tegucigalpa M.D.C., Ciudad Universitaria "José Trinidad Reyes", cinco de marzo de dos mil dieciocho.





COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras

CERTIFICA QUE

DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE



Es miembro de este Colegio con registro de inscripción

01021813810

Inscrita como:

DOCTORA EN MEDICINA GENERAL Y CIRUGIA

Tegucigalpa M.D.C., 30 de mayo de 2018



Presidente(a)

Dra. Suyapa Figueroa Eguigurems



Secretaría de Colegiaciones

Dra. Gladys Argentina Ordóñez Elvir





ADECI

Asociación de Desarrollo y
Capacitación Integral



CISSO

DIPLOMA

Se otorga el presente Diploma a:

Denia Carolina Torres Donaire

Por haber participado y aprobado el Diplomado de "Salud Ocupacional".

Acreditado con una duración de 350 horas del 16 de Agosto del 2018 al 16 de Febrero del 2019
que lo hace constar como:

Especialista en Salud Ocupacional



Lima, 19 de Febrero del 2019.

88760019022019ADECI

Kely Salas Huilca

Director departamento de formación

Asociación de Desarrollo y Capacitación Integral

La Asociación de Desarrollo y Capacitación Integral de Perú.

Lima, desde 16 de Agosto del 2018 hasta el 16 de Febrero del 2019.

El presente diploma se firmo en la fecha anterior indicada con nota aprobatoria de 20 y se

Registra en el libro A4 del registro general, folio con el N° 8876.

88760019022019ADECI

Kely Salas Huilca

Director Académico Perú

Asociación de Desarrollo y Capacitación Integral



88760019022019ADECI

CERTIFICADO

VERIFICADO *de* LOGRO




Javeriana X

Esto es para certificar que

**Denia Carolina Torres
Donaire**

completó y aprobó

**PSPx: Covid - 19:
Ventilación mecánica para
no intensivistas**

un curso de estudio ofrecido por JaverianaX, una
iniciativa de aprendizaje en línea de Pontificia
Universidad Javeriana mediante edX.

iniciativa de aprendizaje en línea de Pontificia
Universidad Javeriana mediante edX.



Luis Fernando Álvarez Londoño, S.J.

Vicerrector de Extensión y Relaciones Interinstitucionales

Pontificia Universidad Javeriana



Carlos Gómez-Restrepo

Decano Facultad de Medicina

Pontificia Universidad Javeriana



CERTIFICADO VERIFICADO

Emitido el 8 de abril de 2020

ID VÁLIDA DEL CERTIFICADO

ddd7020ec982482eb992fa93d9478ec1

ESFUERZO

10 horas

Para obtener sugerencias y consejos sobre

Certificado disponible online en :

<https://courses.edx.org/certificates/ddd7020ec982482eb992fa93d9478ec1>

102J



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
 CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)
 ASOCIACION HONDUREÑA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGIA DEL TORAX
 SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
 GRUPO DE ESTUDIO DE LA TUBERCULOSIS FCM-UNAH

Otorgan el Presente

198129

CERTIFICADO

A: COLEGIO
MÉDICO

Dra. Denia Carolina Torres Donaire

Por su participación como Asistente en el
Simposio de Tuberculosis:
Es hora de actuar. ¡Pon fin a la Tuberculosis!

Tegucigalpa, M.D.C., 27 de marzo del 2019

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos



DRA. SANYÁ FIGUEROA EGUIGUREMS
 Presidente CMH



DRA. FANNY NAVAS LEON
 Presidente de CENEMEC





COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
 CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)
 SOCIEDAD HONDUREÑA DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE

Otorgan el Presente

0191924

CERTIFICADO

A:

Dra. Denia Carolina Torres Donaire

Por su participación como Asistente en la
 Jornada de "Prevención del Daño Renal"

Tegucigalpa, M.D.C., 13 de marzo del 2019

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos

DRA. SUYAPA MARÍA FIGUEROA
 Presidenta CMH

DRA. FANNY NASATYON
 Presidenta de CENEMEC

DR. GASPAR RODRIGUEZ
 Presidente Sociedad Hondureña
 de Nefrología y Trasplante





COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)

SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Otorgan el Presente

0493007

CERTIFICADO

A:

Dra. Denia Carolina Torres Donaire

Por su participación como Asistente en la
Jornada de Dengue

"Estrategia Integral de Manejo del Dengue"

Tegucigalpa, M.D.C., 05 de marzo del 2019

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos

DRA. SUYAPA MARIA FIGUEROA
Presidenta

DRA. FANNY NAVA LEÓN
Presidenta de CENEMEC

DR. MARCO TULLIO LUQUE
Presidente SHEI



Colegio Médico de Honduras
 Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC)
 Comisión de Ética y Práctica Médica CMH
 Comité de Ética en Investigación Biomédica FCM-UNAH
 Programa Regional de Bioética de la UNESCO (OFMTV)

Otorgan el Presente

n: 162802

CERTIFICADO

A: **COLEGIO**
Dra. Denia Carolina Torres Donaire

Por su participación como Asistente en la

Jornada:

"Nuevos Desafíos Bioéticos en Salud"

Tegucigalpa, M.D.C., 20 de marzo del 2019

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos

Fanny Navas Leon
 DRA. FANNY NAVAS LEON
 Presidente de CENEMEC

Eledora Espinoza
 DRA. ELEDORA ESPINOZA
 Comité de Ética en Investigación
 Biomédica CEIB FCM-UNAH

Susana María Vidal
 DRA. SUSANA MARÍA VIDAL
 Especialista de Programa para
 América Latina y el Caribe en Bioética
 y Ética de la Ciencia de la UNESCO





UNAH

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MEDICA CONTINUA - CENEMEC
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HONDURAS EN EL VALLE DE SULA

0179010

OTORGAN EL PRESENTE **CERTIFICADO**

DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE
POR SU PARTICIPACION COMO

ASISTENTE

EN EL

XI

CONGRESO DE POSTGRADOS

**PEDIATRIA
GINECOLOGIA
OBSTETRICIA**

DR. MARIO ROBERTO VELASQUEZ ORELLANA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

SAN PEDRO SULA, CORTES, HONDURAS 14, 15 Y 16 DE NOVIEMBRE DEL 2018

ACREDITACION CENEMEC 0.5 PUNTOS ORO / 11 HORAS CENEMEC

DRA. KRISTELL HAWITH
PRESIDENTE DE COMITE
ORGANIZADOR DEL CONGRESO
DE POSTGRADOS



DRA. TANIA LICÓN
COORDINADORA REGIONAL DE
INVESTIGACION CIENTIFICA
UNAH/VS





COLEGIO MEDICO DE HONDURAS



EL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS Y EL CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)

0469961

Otorga el Presente

CERTIFICADO

A:

DRA. DENIA CAROLINA TORRES

Por su participación en la Conferencia:

"Residencias Médicas en el Extranjero"

Tegucigalpa, M.D.C., 28 de mayo del 2018

Acreditación CENEMEC: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos


DRA. SUYAPA MARÍA FIGUEROA
Presidenta CMH


DRA. FANNY NAVAS LEÓN
Presidenta de CENEMEC



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)

ASOCIACION HONDUREÑA DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO

Otorgan el Presente

0182733

CERTIFICADO

A:

Dra. Denia Carolina Torres Donaire

Por su participación como: Asistente en la
Jornada de Actualización en Diabetes

Tegucigalpa, M.D.C., 14 de Noviembre del 2018

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas CENEMEC

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos



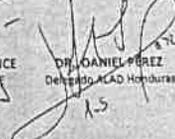
DR. SUYAPA MARÍA FIGUEROA
Presidenta CMH



DR. RANNY NAVAS LEÓN
Presidenta de CENEMEC



DR. CESAR PONCE
Presidente SIA



DR. DANIEL PÉREZ
Delegado ACAD Honduras

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA (CENEMEC)
COMITÉ ORGANIZADOR DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL

OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO A

DRA. DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE

por su participación como: **ASISTENTE**

0463711

En el curso Precongreso: Atención Primaria en Salud.

En el marco del LXI Congreso Médico Nacional "Dr. Arnulfo Bueso Pineda"
Atención Primaria en Salud: Logros y Desafíos del Siglo XXI.

Realizado en la ciudad de Santa Rosa de Copán el 11 de julio, 2018.

ACREDITACIÓN CENEMEC UN (1) PUNTO ORO


 Dra. Susana Figueroa Eguiguren
 Presidente Colegio Médico de Honduras


 Dra. Fanny Nivas León
 Presidente de CENEMEC


 Dra. Yara Estolón Rodríguez
 Presidente Comité Organizador


 Dra. Alina Lanza
 Presidente Comité Científico

Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Sociedad Hondureña de Neurocirugía
Delegación del Colegio Médico en Comayagua

Otorgan el Presente
CERTIFICADO

0463200

A: DENIA CAROLINA TORRES

Por su participación como: ASISTENTE

A la Jornada de Actualización de Neurocirugía.

Comayagua 29 de Junio 2018. 0.25 Punto Oro


 Dra. Lina Verbaque
 Presidente de la Sociedad de NEUROCIROLOGÍA
 Fundada el 12 de mayo de 1995


 Dra. Fanny J. Nivas
 CENEMEC


 Dra. Yedy Portillo
 Delegado CMH Comayagua


 Dra. M. de Padilla
 CENEMEC
 Comayagua



94



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA (CENEMEC)
COMITÉ ORGANIZADOR DEL LXI CONGRESO MÉDICO NACIONAL



OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO A

DRA. DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE

Por su participación como: ASISTENTE

0464313

LXI Congreso Médico Nacional

"Dr. Arnulfo Bueso Pineda"

Atención Primaria en Salud: Logros y Desafíos del Siglo XXI.

Realizado en la ciudad de Santa Rosa de Copón del 11 al 14 de julio, 2018.

HORAS CENEMEC: 24 HORAS

PUNTOS CENEMEC: TRES (3) PUNTOS ORO

Dra. Suyapa Figueroa Eguiguren
 Presidente Colegio Médico de Honduras

Dra. Fanny Hervas León
 Primera Presidente de CENEMEC

Dra. Karla Jocelyn Rodríguez
 Miembro Comité Organizador

Dra. Alina López
 Presidenta Comité Científico

Colegio Médico de Honduras.
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Sociedad Hondureña de Medicina Interna

Otorgan el Presente

0181771

CERTIFICADO

A: *DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE*

Por su participación como: **Asistente.**

A la Jornada de Actualización de Medicina Interna.

Acreditación CENEMEC: Cinco punto quince (5.15) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos Oro

Comayagua 23 de Noviembre 2018.



Dra. Helga Codina
PRESIDENTA
Presidente de la SOHMI



Dra. Fanny Niza
PRESIDENTA
Presidente CENEMEC



Dr. Fredy Antonio
Delegado del Colegio Médico
de Comayagua



Dra. Tatilde Pineda
PRESIDENTA
CENEMEC Comayagua



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA (UIC) 0176304

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

A:

Dra. Denia Carolina Torres Donaire

Por su participación en la Reunión Satélite:

Accidente Ofidico: Un problema mundial

Panel de Expertos y Documental minutas para Morir

En el marco de la XXV Jornada Científica XXII Congreso de Investigación

De Ciencias de la Salud.

Tegucigalpa, M.D.C., 27 de septiembre del 2018

Acreditación CENEMEC: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos


DRA. SILVANA MARIA FIGUEROA
Presidenta CMH


MSP. PERLA SIMONS
Unidad de Investigación Científica
Facultad de Ciencias Médicas UNAH


DRA. FANNY NAVAS LEÓN
Presidenta de CENEMEC



**COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**



Otorga en presente **CERTIFICADO**

0463400

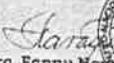
A: *DRA. DENIA CAROLINA TORRES DONAIRE*

Por su participación como **ASISTENTE** en la Jornada de
Actualización en Epidemiología, Manejo y Prevención de la Influenza.

Tegucigalpa, M.D.C., 15 de mayo del 2018

ACREDITACIÓN CENEMEC 0.25 PUNTOS


Dra. Suyapa Figueroa
Presidenta CMH


Dra. Fanny Navas León
Presidenta CENEMEC


Dr. Marco Tulio Luque
Presidente SHEI



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
 CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)
 DELEGACIÓN DE COLEGIO MÉDICO EN COMAYAGUA
 SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA



OTORGA EL PRESENTE

CERTIFICADO

522364

A:

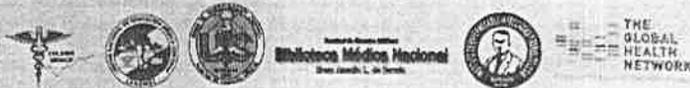
DRA. DENIA CAROLINA TORRES

Por su participación como ASISTENTE en la
Jornada de Actualización En Medicina Interna
 Comayagua, 29 de Noviembre del 2019
 Acreditación CENEMEC: Seis Punto Cincuenta (6.50) horas
 Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) puntos


 DRA. FANNY NAVAS LEÓN
 Presidenta de CENEMEC


 DRA. MATILDE PADILLA
 CENEMEC Comayagua


 DR. EDDY PORTILLO
 Delegado CMH Comayagua



Colegio Médico de Honduras
 Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC)
 Unidad de Investigación Científica, FCM UNAH
 Biblioteca Médica Nacional, FCM UNAH
 Instituto Antonio Vidal

1515687

Otorga el presente

CERTIFICADO

A:

Dra. Denia Carolina Torres Donaire

Por su participación como Asistente en el
TALLER SOBRE RECURSOS INFORMÁTICOS EN INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

Tegucigalpa, M.D.C., 25 de septiembre del 2019

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos

DRA. SUYAPA MARÍA FREIJER
 Presidente
 Colegio Médico de Honduras

DRA. MARTHA CECILIA GARCÍA
 Biblioteca Médica Nacional
 FCM-UNAH

DRA. FANNY NAVAS LEÓN
 Presidente
 CENEMEC

DRA. PERLA SIMONS
 Unidad de Investigación Científica
 FCM-UNAH



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
 CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)
 SOCIEDAD HONDUREÑA DE MEDICINA INTERNA

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

7515051

A:

Dra.  Carolina Torres Donaire

Por su participación como Asistente en la

Jornada:

"EL ABORDAJE DEL INTERNISTA "

Tegucigalpa, M.D.C., 18 de septiembre del 2019

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos


 DRA. SUYAPA MARIA FIGUEROA
 Presidenta CMH


 DRA. FANNY NAVAS LEON
 Presidenta de CENEMEC


 DRA. HELGA CODINA
 Presidenta SOHMI



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)



Otorgan el Presente

CERTIFICADO

0511972

A:

Dra. Denia Carolina Torres Donaire

Por haber aprobado satisfactoriamente el

Curso Virtual de Dengue

Con una calificación de 93.3%

Tegucigalpa, M.D.C., a los 23 días del mes de septiembre 2019

Este curso brinda diez (10) horas de educación médica continua

y cero punto cinco (0.5) puntos CENEMEC


DRA. SUYAPA FIGUEROA EGUIGURENS
Presidente CMH


DRA. FANNY NAVAS LEÓN
Presidente de CENEMEC



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

DENIA CAROLINA / TORRES DONAIRE



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIÓ EL 10 ABRIL 1990
SEXO - FEMENINO
EMITIDA EL 29 JULIO 2010

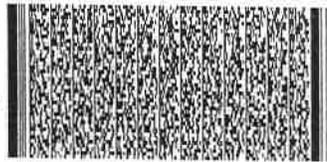
0301-1990-01239



12996404-01

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.

[Signature]
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0301

DENIA CAROLINA / TORRES DONAIRE

0301-1990-01239

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.06-
A-2020.**

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **al patrono al señor(a) BELKIS DINORA NUÑEZ MEJIA** identidad **0315-1992-00005** solvencia municipal No. **275534**, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **AUXILIAR EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Seguimiento de casos confirmados por laboratorios y sus contactos.
2. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Realizar la búsqueda activa de casos sospechosos por COVID-19 y sus contactos.
4. Llevar el registro de los casos sospechosos de COVID-19 en listado.
5. Coordinar actividades de respuesta rápida con organizaciones de base comunitaria.
6. Notificación de casos dentro de las 24 horas de conocido caso, mediante ficha de notificación.
7. Identificar informante claves en las comunidades para la búsqueda activa de contactos y casos sospechosos.
8. Mapeo de zonas intervenidas y/o los grupos de riesgo como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazadas.
9. Realiza una búsqueda casa a casa de casos nuevos, a través de una lista de chequeo.
10. Visita domiciliaria a pacientes de acuerdo a las actividades determinadas en el plan.
11. Buscar pacientes sospechosos de COVID-19 a nivel comunitario, que habían estado siendo monitoreados vía telefónica y no hay respuesta.
12. Entrega de medicamentos.

13. Brindar las medidas de control, manejo y prevención del COVID-19 en los hogares y las comunidades.
14. Verificar que los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 cumplen el autoaislamiento y las medidas de prevención.
15. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19.
16. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir del **13 de agosto, 2020 finalizando, 10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de L. **36,540.00 (TREINTA Y SEIS MIL QUINIESTOS CUARENTA LEMPIRAS)**. 100/100, que corresponde a un salario mensual de L. **12,600.00 (DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS) 100/100.** Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras 05-02-573 PROYECTO 298 y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código 05-02-581 PROYECTO 242.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado

RECIBO POR L. 11,340.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL TRECIENTOS CUARENTA LEMPIRAS (L. 11,340.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.06-A-2020. Correspondiente al 13 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.


BELKIS DINORA NUÑEZ MEJIA

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.06-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, **2020**.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.


BELKIS DINORA NUÑEZ MEJIA

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.06-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.

BELKIS DINORA NUÑEZ MEJIA

11 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándole éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle a la Auxiliar de Enfermería **BELKIS DINORA NUÑEZ MEJIA**, quien ha sido seleccionada a partir del jueves 13 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida E.R.R. COVID-19, el cual se encuentra bajo la dirección de su Dependencia, para que proceda a darle la bienvenida y asignar a ella el turno correspondiente.

Sin otro particular me suscribo de usted

Atentamente,

CARLOS MIRANDA

Acalde Municipal

Belkis Nuñez

Cc: Licenciada Dolores Ortega Directora Regional de Salud

Cc: Merly Volany Cortes Oviedo, Directora Municipal de Salud, Red I Comayagua

Cc: Interesadeta

Cc: Archivo

CURRICULUM VITAE



DATOS PERSONALES

Nombre completo **Belkis Dinora Nuñez Mejía**
Lugar de nacimiento **Comayagua, Comayagua**
Nacionalidad **Hondureña**
Fecha de nacimiento **3 de Diciembre de 1991**
Edad **28 años**
Nº de identidad **0315-1992-00005**
Profesión u oficio **Bachiller en Ciencias y Letras**
Estado civil **Soltera**
Dirección **Barrio Santa Lucía**
Teléfonos personales **9572-1378**
E-mail. **Nunezbelkis849@gmail.com**

ESTUDIOS REALIZADOS

- Educación primaria **Escuela El Refuerzo, Aldea Terrenito de los Cuello, San José Del Potrero, Comayagua
Del Iero al Sexto Grado**
- Educación secundaria **Instituto Rubén Barahona, Municipio San José
Del Potrero, Comayagua
Ciclo Común de Cultura General.**
- Diversificado **Instituto Oficial Eben-Ezer. (ISEMED), Comayagua
Título Obtenido: Bachiller en Ciencias y Letras**
- Pasante de: **Auxiliar de Enfermería, Centro de Adiestramiento de Enfermería CAE.**

CURSOS RECIBIDOS

- Cursos y Reconocimiento de Reinas de Maricao
- Curso Básico de Alimentos Auxiliares

EXPERIENCIA LABORAL

- Empresa de Turismo y Recreación
Cargo Administradora

REFERENCIAS PERSONALES

- Lic. Ana Araque
Tel. 2772-7133
- Lic. Silvia Parada
Tel. 2772-7133
- Prof. Oscar René Muñoz Mejía
Tel. 2772-6036

OTRAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS

- Manejo de Computadora
- Idiomas: español, inglés

OTROS DATOS DE INTERÉS

- Residencia
- Disponibilidad de horario
- Racional
- Trabajo en equipo
- Dispuesto a viajar
- Disponibilidad de referencias

REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS
REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS

DE BELKIS DINORA NUÑEZ MEJIA



HONDURANA POR NACIMIENTO
NACIDA EL 03 DICIEMBRE 1991
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 11 NOVIEMBRE 2019



0315-1992-0005

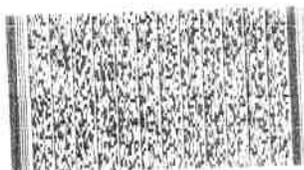


13299433-02

ARTICULO 21 DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS TERRENAS

7
11
11

DIRECCION GENERAL



SOLICITADA EN 0301

BELKIS DINORA / NUÑEZ MEJIA
0315-1992-0005



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

RTN: 03151992000057

BELKIS DINORA NUNEZ MEJIA
 Nombre o Razón Social

Inscripciones	
Ventas Selectivo	<input type="checkbox"/> Productores/Importadores de Cigarrillos
Importación	<input type="checkbox"/> Productor Alcoholes Licorosos
Exportación	<input type="checkbox"/> Distribuidor Alcoholes Licorosos
Imprentas	<input type="checkbox"/> Importador Alcoholes Licorosos
Prestamista	<input type="checkbox"/>

Fecha de Emisión: 20190320

Artículos 1, 2 y 3 del Decreto No. 22-87 de E. R. No. 274 publicado mediante el Ofi. Gen. No. 285 de 10 de Agosto de 2000 y el Ofi. No. 12 de 18 de Julio de 2001 del Poder Judicial.
 Ventas: Art. 66 del Decreto 22-87 de E. R. No. 274 y el Decreto No. 14-2000 del Poder Judicial.
 P. Imp. Social: Art. 27 del Decreto 21-2000 de 10 de Abril de 2000, con el Decreto No. 11-15 de Enero de 1977 publicado en el Diario Oficial y el Decreto No. 20-83 y el Reglamento.
 Prestamista: No Bando de Cierro 43 publicado en el 22 de Enero de 1975.



Director Adjunto de Rentas
 Jefe de Departamento de Asistencia al Contribuyente

Este Contribuyente reconoce su obligación de comunicarse a la DG, suscribir contrato en sus datos al RTN, conforme al artículo 43 numeral 5 de Código Tributario, cumplir con sus obligaciones tributarias en cumplimiento con Honduras.

Número de Documento DEI-112-13UCF111 Transacción: 3A7544



Comapa
Lucila Gamero de Medina

El *Secretario* del **Instituto Oficial a Distancia "Eben Ezer"**

Comapa *Comapa*

Por cuanto se expone y
Belkis Dinora Nuñez Mejía

Bachiller en Ciencias y Letras

El día **28** del mes de **noviembre** del año **once**

Se verificó haber cumplido los requisitos que establece la ley que se expone, lo que se resuelve lo siguiente:

Instituto Oficial a Distancia "Eben Ezer"

Se otorga este título bajo el número **72** el día **11** del mes de **diciembre** del año **2011**

El Sr. Secretario del *Departamento de Educación* **Comapa**
comunicó que el expediente de Examen General está en el número **028281** del año **2011**
de fecha **25 de noviembre de 2011**

1.4 *Reg* **028281** *Folio* **596**

Comapa, 05 de diciembre del 2011

Secretario del Instituto Oficial a Distancia "Eben Ezer"

Por tanto

Comapa

Bachiller en Ciencias y Letras

Dado en **Comapa** el día **seis** del mes de **diciembre** del año **once**



131



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARIA DE SALUD
REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD N° 3
CESAMO "JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ"
COMAYAGUA, COMAYAGUA
TEL. 2772-00-11



CONSTANCIA

Por medio de la presente la suscrita Directora del CIS José María Ochoa hace constar que la joven BELKIS DINORA NUÑEZ MEJIA con ID 0315-1992-00005 culminó su Servicio Social de Auxiliar en Enfermería en esta Unidad de Salud iniciando el 25 de Marzo del 2019, y finalizando el 25 de Marzo del 2020 haciendo un total de un año la cual se desempeñó de forma satisfactoria en cada una de las áreas que se le fueron asignadas.

Y para los fines que la interesada estime conveniente extendiendo la presente a los siete días de Mayo del 2020.

Atentamente:

Lic. Carla Carolina Hernández
Directora CIS José María Ochoa



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD
REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD N° 3
CESAMO "JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ"
COMAYAGUA, COMAYAGUA
TEL. 2772-00-11



CONSTANCIA

Por medio de la presente hago constar que la joven BELKIS DINORA NUÑEZ MEJIA culmino su Servicio Social de Auxiliar de Enfermería en esta Unidad de Salud iniciando el 25 de Marzo del 2019, y finalizando el 25 Marzo del 2020 haciendo un total de un año la cual se desempeñó de forma satisfactoria en cada una de las áreas que se le fueron asignadas.

Y para los fines que la interesada estime conveniente extendiendo la presente a los treinta días de Marzo del 2020.

Atentamente:

Lic. Ana Bessy Araque
Supervisora de Enfermería



CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA

CAE

CONSTANCIA DE EGRESADO

Celiba
Calle 10 de Octubre
Avenida 10 de Octubre Celiba
Edificio Cosmo Centro 2A Nivel
Tel: 2442-0714 2442-2734
2442-8278

Choluteca
Barrio Caballeros de Piedra #10
Calle 10 de Octubre Choluteca
Edificio Cosmo Centro 2A Nivel
Tel: 2442-0714 2442-2734
2442-8278

Comayagua
Barrio 4to. Centenario 3do Nivel
del Edificio Arceles Masón
frente al Banco Mercaderes Lumbá
Tel: 2442-0714 2442-2734
2442-8278

San Carlos
Barrio Teresa Bonilla
Antiguas Casas de las Hermanas
Luz Herman San Carlos
Tel: 2755-0397 2755-0397
2755-0397

Juticalpa
Barrio La Hoya Casa N° 001
Calle 10 de Octubre Juticalpa
Edificio Cosmo Centro 2A Nivel
Tel: 2755-1007 2755-0240
2755-0397

San Pedro Sula
Calle Avenida 10 de Octubre San Pedro Sula
Edificio Cosmo Centro 2A Nivel
frente al Banco Mercaderes Lumbá
Tel: 2555-0397 2555-0397
2555-0397

Santa Bárbara
Desvío a San El Salvador
Calle 10 de Octubre Santa Bárbara
Edificio Cosmo Centro 2A Nivel
frente al Banco Mercaderes Lumbá
Tel: 2543-0761 2543-0761

Santa Rosa de Copán
Barrio Sta. Teresa contiguo
a Sociedad Cooperativa de Comercio
Tel: 2555-0397 2555-0397

La suscrita Directora Ejecutiva del Centro de Adiestramiento de Enfermería en la ciudad de Tegucigalpa, en la presente hace constar que la Alumno(a) **SELKIS DÍAZ NIÑEZ MEJIA**, con identidad No.0315-1992-00005 ha concluido **SATISFACTORIAMENTE** los aspectos académicos, prácticos, técnico - jurídicos, así como el año de servicio social del curso de auxiliar de enfermería, por lo que el diploma será mandatorio de trámite por motivo de fuerza mayor (Decreto Ejecutivo FCM-21-2020), que corre a la crisis de salud de la pandemia del COVID19, una vez que se regrese a la normalidad se hará los trámites pertinentes en la Secretaría de Salud

Para fines que la interacción convenga, se le extiende la presente en la ciudad de Tegucigalpa a los Once días del mes de mayo del año 2020

Wendy Villalta
Lic. Wendy Johanna Villalta Rivera
Directora Ejecutiva CAE - Honduras



2da Avenida, Calle Real, entre 10 y 9 de Octubre, Comayagua
Tel: 2442-0714 2442-2734 2442-8278

CONSTANCIA DE CONDUCTA

La suscrita Directora Académica del Centro de Adiestramiento en Enfermería (CAE), Región Quetzaltenango, por medio de la presente hace constar que la Alumnada: **Belkis Dinora Nuñez Mejía** (Carné de Identidad 0335-1992-00005) de matrícula 20110103, condujo un comportamiento durante su Formación Académica, durante el Curso de Auxiliar en Enfermería.

Por lo que se le extiende la presente a los veintitres días del Mes de Marzo del Año 2011 Diecinueve.

Licda. *[Firma]* Reyna Cuellar



**FUERZAS ARMADAS DE HONDURAS
FUERZA AEREA HONDUREÑA**



La Academia Militar de Aviación "Cap. Roberto Raúl Barahona Lagos"

Dirige el presente:

DON H. COMA

Helvia Divina Nuñez Mejía

Por su valiosa participación en el desarrollo de las actividades de la

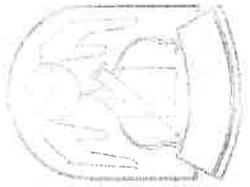
"Brigada Médica 2017", realizada en el Municipio de La Libertad.

Comayagua.

Hecho en La Libertad, Comayagua a los 01 días del mes de **ABRIL** de 2017



ROGER NOEL OSEGUERA FLETES
DIRECTOR A.M.A.



DIRECCION ACADÉMICA NACIONAL
 UNIDAD TÉCNICA EDUCATIVA
 CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA CAE
 REGION COMAYAGUA

DIPLOMA

A:

BELKIS DINORA NUÑEZ MEDIA

Por su destacada participación en el Taller básico (Teórico – Práctico) sobre
PRIMEROS AUXILIOS, con duración de 16 horas

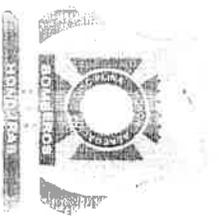
Comayagua, Comayagua 18 de Noviembre de 2017

Licda. Digna Reyba
 Directora Académica
 C.A.E. Comayagua



Sgto. Neptalí Mardonez
 Instructor
 Cuerpo de Bomberos





DIRECCION ACADÉMICA NACIONAL
 UNIDAD TÉCNICA EDUCATIVA
 CENTRO DE ADISTRAMIENTO EN INFERMERIA CAE
 REGION COMAYAGUA

DIPLOMA

A: BELENIS DIVORA NUÑEZ MEJIA

Por su destacada participación en el taller básico (Teórico – Práctico) sobre
 PRIMEROS AUXILIOS, con duración de 16 horas

Comayagua, Comayagua 18 de Noviembre de 2017

Licda. Digna Reyba
 Directora Académica
 C.A.E. Comayagua



Sgto. Neptalí Marenz
 Instructor
 Cuerpo de Bomberos





FUERZAS ARMADAS DE HONDURAS
EJERCITO
CENTRO EXPERIMENTAL DE DESARROLLO
AGROPECUARIO Y CONSERVACIÓN ECOLÓGICA
"C.E.D.A.C.E."



Otorga el Presente

RECONOCIMIENTO

A: Aux. de Enfermería Belkis Dinora Núñez Mejía

Por su valioso apoyo incondicional brindado a
la Brigada Médica, realizada en el Municipio de
San Antonio del Norte, La Paz.

El Taladro. Comayagua 23 de septiembre del 2017



Tte. Coronel de Infantería D.E.M.
Miguel Antonio Benítez Menjivar
Director

República de Honduras
Secretaría de Salud
TARJE TA 25

Valor Lps. 3.00
SERIE A

Nº 25047

Nombre:	_____
Dirección:	_____
Dependencia:	_____
Lugar:	_____
Fecha:	17 FEBRERO 2020
Firma Receptor:	_____
Nombre:	_____
Examen V.D.R.L.:	NEGATIVO
Valido por:	_____

MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES

Nº

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE
ESTADO DE GUATEMALA

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
12/24	ESTADO DE GUATEMALA	2011

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE

IMPRESION EN UNO DE LOS LADOS DEL DOCUMENTO PARA EFECTOS DE CONTROL

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.07-
A-2020.**

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **al patrono al señor(a) KATHERINE PAMELA FIGUEROA DOBLADO** identidad **0801-1995-22062** solvencia municipal No. **275484**, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **AUXILIAR EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Seguimiento de casos confirmados por laboratorios y sus contactos.
2. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Realizar la búsqueda activa de casos sospechosos por COVID-19 y sus contactos.
4. Llevar el registro de los casos sospechosos de COVID-19 en listado.
5. Coordinar actividades de respuesta rápida con organizaciones de base comunitaria.
6. Notificación de casos dentro de las 24 horas de conocido caso, mediante ficha de notificación.
7. Identificar informante claves en las comunidades para la búsqueda activa de contactos y casos sospechosos.
8. Mapeo de zonas intervenidas y/o los grupos de riesgo como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazadas.
9. Realiza una búsqueda casa a casa de casos nuevos, a través de una lista de chequeo.
10. Visita domiciliaria a pacientes de acuerdo a las actividades determinadas en el plan.
11. Buscar pacientes sospechosos de COVID-19 a nivel comunitario, que habían estado siendo monitoreados vía telefónica y no hay respuesta.
12. Entrega de medicamentos.
13. Brindar las medidas de control, manejo y prevención del COVID-19 en los hogares y las comunidades.

13. Brindar las medidas de control, manejo y prevención del COVID-19 en los hogares y las comunidades.
14. Verificar que los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 cumplen el autoaislamiento y las medidas de prevención.
15. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19.
16. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir **del 10 de agosto, 2020 finalizando, 10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de **L. 37,800.00 (TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS)**. 100/100, que corresponde a un salario mensual de **L. 12,600.00 (DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS)** 100/100. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras **05-02-573 PROYECTO 298** y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código **05-02-581 PROYECTO 242**.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.07-A-2020. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, **2020**.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.

KATHERINE PAMELA FIGUEROA DOBLADO



RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.07-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.

KATHERINE PAMELA FIGUEROA DOBLADO



RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.07-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.

KATHERINE PAMELA FIGUEROA DOBLADO





Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.amcomayagua.com

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle a la Auxiliar de Enfermería **KATHERINE PAMELA FIGUEROA DOBLADO**, quien ha sido seleccionada a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, el cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

CARLOS MIRANDA

Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Mely Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

155

CURRICULUM VITAE



DATOS PERSONALES

Nombre completo	Katherine Pamela Figueroa Doblado
Lugar de nacimiento	Tegucigalpa, F.M
Nacionalidad	Hondureña
Fecha de nacimiento	8 de Enero de 1995
Edad	25 años
Nº de identidad	0801-1995-22062
Profesión u oficio	Bachiller en Ciencias y Letras
Estado civil	Unión Libre
Dirección	Colonia Morazán, frente a Hogar Casa Guadalupe, Comayagua
Teléfonos personales	8915-8071 / 9696-8236
E-mail.	Kf4426020@gmail.com

ESTUDIOS REALIZADOS

- Educación primaria
Escuela Domingo Vasquez, Las Lajas Comayagua
Del Iero al Sexto Grado
- Educación secundaria
Instituto Ramón Rosa, Tegucigalpa FM.
Ciclo Común de Cultura General.
- Diversificado
Instituto de Educación Por Radio (IHER), Tegucigalpa FM.
Título Obtenido, Bachiller en Ciencias y Letras
- Pasante de:
Auxiliar de Enfermería, Centro de Adiestramiento de Enfermería CAE,

CURSOS RECIBIDOS

- Cursos Básico de Belleza
- Curso Básico de Primeros Auxilios
- Curso Básico de Gastronomía
- Curso de Computación

EXPERIENCIA LABORAL

- CUBAMED
Cargo: Asistente Medico
- Novedades LAUREN
Cargo: Servicio al Cliente

REFERENCIAS PERSONALES

- Lic. Ana Araque
Cel.9941-5069
- Lic. Silvia Palada
Cel. 9952-7433
- Prof. Oscar René Méndez Mejía
- Tel. 2772-6036

OTRAS HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS

- Manejo de Computadora
- Experiencia en ventas

OTROS DATOS DE INTERÉS

- Responsable
- Disponibilidad de horario
- Puntual
- Trabajo en equipo
- Dispuesto a viajar
- Dispuesta a trabajar de inmediato



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

"Poeta Roberto Sosa"

La Director (a) de Instituto Hondureño de Educación Por Radio de

Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central Departamento Francisco Morazán

Por Cuanto: Se confiere a

Katherine Pamela Figueroa Doblado

El Grado de Bachiller en Ciencias y Letras

El día Doce del mes de Diciembre del dos mil Doce

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



El (La) Secretario (a) de Instituto Hondureño de Educación Por Radio deja constancia de haber registrado este Título bajo el N.º 3788 Folio 400 del libro 02 el día Veintinueve de Febrero de dos mil Trece



El (La) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de Francisco Morazán deja constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N.º 603 (ño 2012 Fecha de aprobación 2-11-2012 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º 15 Reg. 603 Folio 507

Lugar y Fecha Tegucigalpa, M.D.C. 05 marzo del 2013

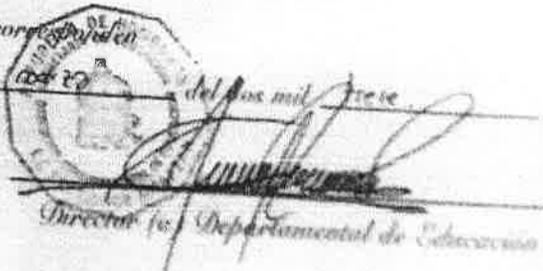
Secretario (a) del Deptal. de Educación

Por Tanto:

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

Bachiller en Ciencias y Letras

Para que sea habido y tenido por tal y goce de los derechos que le corresponden
Dado en Tegucigalpa, M.D.C. el día 05 del mes de marzo del dos mil trece



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD
KATHERINE PAMELA / FIGUEROA DOBLADO



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 08 ENERO 1995
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 30 NOVIEMBRE 2012



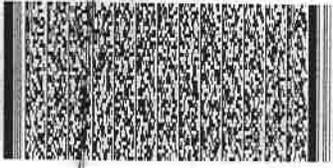
0801-1995-22062



14155130-01

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 0801

KATHERINE PAMELA / FIGUEROA DOBLADO
0801-1995-22062



CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA CAE
COMAYAGUA 2772-2063 2772-2064



CONSTANCIA DE CONDUCTA

La suscrita Directora Académica del Centro de Adiestramiento en Enfermería C.A.E., Región Comayagua. Por medio de la presente hace constar que la Alumna: **Katherine Pamela Figueroa Doblado** con Número de Identidad **0801-1995-22062**. Demostró EXCELENTE CONDUCTA durante su Formación Académica; para el Curso de Auxiliar en Enfermería.

Por lo que se le extiende la presente a los Veintitrés días del Mes de Marzo del Año Dos Mil Diecinueve.


Licda. Digna R. Reyna Cuellar

Directora Académica





CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA C A E

CONSTANCIA DE EGRESADO

Ceiba

Bo. El Centro,
Ava. San Isidro, 4-5 Calle,
edificio Cosmo Centro 2 Nivel
Tel. 2442-2724, 2442-2734
9455-6876

Choluteca

Barrio Cabañas del Restaurante
Toizan media cuadra al Sur
y Media Cuadra al este
frente a Bimbo de Honduras.
2780-0272 9455-9688

Comayagua

Barrio 4to. Centenario, 2do Nivel
del Edificio Araque Madrid
frente al supermercado Jumbo
2772-2063 2772-2064 9452-8574

Danlí

Barrio Tierra Blanca,
antiguo local del Instituto
Luis Hernán Sevilla,
2763-5970 9455-9332

Juticalpa

Barrio La Hoya, Casa N° 231
cuarta casa, contiguo
al Club de Leones
2785-1007 2785-2240
9455-9376

San Pedro Sula

3era. Avenida, 11 Calle Sur Oeste,
Barrio Lempira, esquina opuesta
a Pájaro Azul, Edificio Anda Lucía
Tel. 2550-0395 2550-0397
9455-6318

Santa Bárbara

Desvío al Bo. El Mirador
calle a la izquierda empedrada
que va Iglesia Hernán,
frente a Taller David
Tel. 2643-0781 9455-7352

Santa Rosa de Copán

Barrio Sta. Teresa, contiguo
a Sociedad Copaneca de Obreros
2662-6301 9456-0816

La suscrita Directora Ejecutiva del Centro de Adiestramiento de Enfermería CAE por medio de la presente hace constar que:

La Alumna (o) **KATHERINE PAMELA FIGUEROA DOBLADO**, con identidad número **0801-1995-22062** ha concluido **SATISFACTORIAMENTE** los aspectos académicos modulares teórico - práctica así como el año de servicio social del curso de auxiliar de enfermería, por lo que el diploma está pendiente de trámite por motivo de fuerza mayor (Decreto Ejecutivo PCM-21-2020), que corre a la crisis de salud de la pandemia del COVID19, una vez que se regrese a la normalidad se hará los trámites pertinentes en la Secretaría de Salud

Para fines que la interesada le convenga, se le extiende la presente en la ciudad de Tegucigalpa a los cuatro días del mes de Junio del año 2020

Lic. Wendy Johanna Villalta
Directora Ejecutiva CAE - Honduras





Gobierno de la
República de Honduras



SECRETARÍA DE SALUD
REGION DEPARTAMENTAL DE SALUD N° 3
RED MUNICIPAL DE SALUD N° 1
COMAYAGUA, COMAYAGUA
TEL. 2772- 0402



CONSTANCIA

La suscrita, Directora de la Red de Salud por ley, dependiente de la Región Departamental de Salud, por este medio HACE CONSTAR QUE: Katherine pamea Figueroa Doblado con ID 0801-1995-22062, estudiante de Auxiliar de Enfermería, ha realizado su servicio social en esta institución (CIS José María Ochoa) a partir del 25 de marzo del 2019 al 25 de marzo del 2020. Desempeñándose de forma satisfactoria en cada una de las áreas asignadas.

Para los fines que a la interesada convenga, extendiendo la presente en la ciudad de Comayagua, a los 4 días del mes de junio del 2020

LIC. MERLIN YOLANI CORTES
DIRECTORA RED DE SALUD N° 1





GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD
REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD N° 3
CESAMO "JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ"
COMAYAGUA, COMAYAGUA
TEL. 2772-00-11



CONSTANCIA

Por medio de la presente la suscrita Directora del CIS José María Ochoa hace constar que la joven KATHERINE PAMELA FIGUEROA DOBLADO con ID 0801-1995-22062 culminó su Servicio Social de Auxiliar en Enfermería en esta Unidad de Salud iniciando el 25 de Marzo del 2019, y finalizando el 25 Marzo del 2020 haciendo un total de un año la cual se desempeñó de forma satisfactoria en cada una de las áreas que se le fueron asignadas.

Y para los fines que la interesada estime conveniente extendiendo la presente a los siete días de Mayo del 2020.

Atentamente:

Eic. Carla Carolina Hernández
Directora CIS José María Ochoa





CONSTANCIA

La suscrita, Directora de la Red de Salud por ley, dependiente de la Región Departamental de Salud, por este medio HACE CONSTAR QUE: Katherine pamea Figueroa Doblado con ID 0801-1995-22062, estudiante de Auxiliar de Enfermería, ha realizado su servicio social en esta institución (CIS José María Ochoa) a partir del 25 de marzo del 2019 al 25 de marzo del 2020. Desempeñándose de forma satisfactoria en cada una de las áreas asignadas.

Para los fines que a la interesada convenga, extendiendo la presente en la ciudad de Comayagua, a los 4 días del mes de junio del 2020


LIC. MERLINYOLANI CORTES
DIRECTORA RED DE SALUD N° 1





**FUERZAS ARMADAS DE HONDURAS
FUERZA AÉREA HONDUREÑA**



La Academia Militar de Aviación “Cap. Roberto Raúl Barahona Lagos”

Otorga el presente:

DIPLOMA

Თ

Katherine Pamela Figueroa Doblada

Por su valiosa participación en el desarrollo de las actividades de la

“Brigada Medica 2017”, realizada en el Municipio de La Libertad,

Comayagua.

Dado en La Libertad Comayagua a los 01 días del mes de ABRIL de 2017



CONCEL. DE SEG. DE INST. D.E.M.A.
ROGER NOEL OSEGUERA FLETES
DIRECTOR A.M.A.

145



DIRECCION ACADEMICA NACIONAL
 UNIDAD TECNICA EDUCATIVA
 CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA CAE
 REGION COMAYAGUA

GOBIERNO DE LA
 REPUBLICA HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD

DIPLOMA

A: KATHERINE PAMELA FIGUEROA DOBLADO

Por su destacada participación en el Taller básico (Teórico – Práctico) sobre
 PRIMEROS AUXILIOS, con duración de 16 horas

Comayagua, Comayagua 18 de Noviembre de 2017



Licda. Digna Revilla
 Directora Académica
 C.A.E. Comayagua



Martín Martínez
 Sgto. Neptaly Martínez
 Instructor
 Cuerpo de Bomberos



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275484

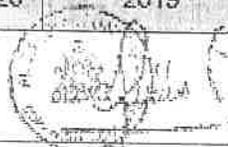
N° 000275484

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
KATHERINE PAMELA FIGUEROA
0904-1005-22062

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
07/08/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 23.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE



FRANCAFINO SANCHEZ S.A. R.F.C. 8808000177. TEL: 221-4821-2228-2229-2234-4888. C.A. 221-4821-1020. TIGUCALUA

SOLVENCIA N°

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA PAGADO SUS IMPUESTOS MUNICIPALES CORRESPONDIENTES, EN BASE A LO ESTIPULADO EN EL ART. 77 DE LA LEY DE MUNICIPALIDADES VIGENTE, SIN PERJUICIO DEL IMPUESTO ADICIONAL QUE PUEDA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS DECLARACIONES.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.08-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **al patrono al señor(a) JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO** identidad **1201-1972-00254** solvencia municipal No. _____, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **AUXILIAR EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Seguimiento de casos confirmados por laboratorios y sus contactos.
2. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Realizar la búsqueda activa de casos sospechosos por COVID-19 y sus contactos.
4. Llevar el registro de los casos sospechosos de COVID-19 en listado.
5. Coordinar actividades de respuesta rápida con organizaciones de base comunitaria.
6. Notificación de casos dentro de las 24 horas de conocido caso, mediante ficha de notificación.
7. Identificar informante claves en las comunidades para la búsqueda activa de contactos y casos sospechosos.
8. Mapeo de zonas intervenidas y/o los grupos de riesgo como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazadas.
9. Realiza una búsqueda casa a casa de casos nuevos, a través de una lista de chequeo.
10. Visita domiciliaria a pacientes de acuerdo a las actividades determinadas en el plan.
11. Buscar pacientes sospechosos de COVID-19 a nivel comunitario, que habían estado siendo monitoreados vía telefónica y no hay respuesta.
12. Entrega de medicamentos.

13. Brindar las medidas de control, manejo y prevención del COVID-19 en los hogares y las comunidades.
14. Verificar que los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 cumplen el autoaislamiento y las medidas de prevención.
15. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19.
16. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir del **10 de agosto, 2020 finalizando, 10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de L. 37,800.00 (TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS). 100/100, que corresponde a un salario mensual de L. 12,600.00 (DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS) 100/100. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras 05-02-573 PROYECTO 298 y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código 05-02-581 PROYECTO 242.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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.

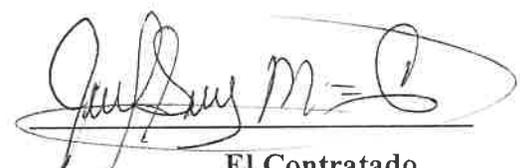
CLÁUSULA NOVENA: Todo lo no previsto en el presente CONTRATO y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado

RECIBO POR L. 11,921.40

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL NOVECIENTOS VEINTIUNO LEMPIRAS 40/100 (L. 11,921.40)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.08-A-2020.
Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.

Sueldo a pagar	L. 12,600.00
Menos Impuesto Bienes Inmuebles	<u>L. 678.60</u>
SUELDO NETO	L. 11,921.40

JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO

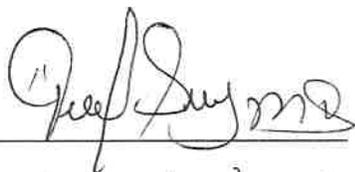


AUTORIZACION

Yo **JUANA SUYAPA MEJOA CASTILLO** a la jefatura de Recursos Humanos de la Alcaldía Municipal de Comayagua que me haga la deducción por la cantidad de L. **678.60 SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO LEMPIRAS CON 60/100** en el mes de agosto, para cancelar deuda de impuestos de bienes inmuebles por vivienda en Col. Fiallos, clave catastral **HJ421IV-06-0006** año del **2015 al 2020**.

Comayagua 12 de agosto, 2020

Firma: _____



Identidad: _____

12 01 1972 00254

Municipalidad de Comayagua
AVISO DE COBRO DE BIENES INMUEBLES

Clave Catastral: HJ421V-06-0006 Fecha Vence 07/08/20

Nombre: MEJIA CASTILLO JUANA SUYAPA

Reg. Municipal EUCEDA-124

Dirección: COL. FIALLOS

Uso/Predio: VIVIENDA PARTICULAR

110-01	Saldo año 2020 BIENES INMUEBLES	35.40
122-01	Saldo años ant. IMPUESTOS SOBRE	88.80
118-06	BOMBEROS	105.00
123-05	BOMBEROS	448.80
126-01	INTERESES A IMPUESTOS MUNICIPALES	34.23
121-01	POR IMPUESTOS MUNICIPALES	5.32
121-02	POR SERVICIOS MUNICIPALES	42.58
121-02	POR SERVICIOS MUNICIPALES	246.45
	Amnistía Tributaria	-328.58

TOTAL A PAGAR 678.60

Notificación Emitida por SANDRA

****impuesto De Bienes Inmuebles Desde 2015 Hasta 2020****

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.08-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.

JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO

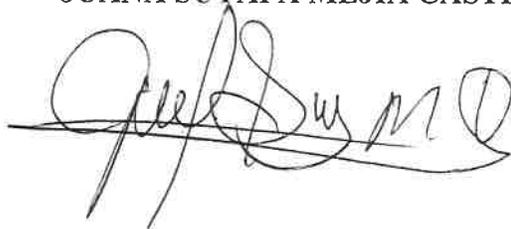
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juana Suyapa Mejia Castillo', with a large, sweeping horizontal flourish underneath.

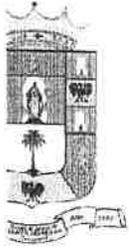
RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.08-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.

JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juana Suyapa Mejia Castillo', written over a horizontal line.



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028
Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.comayagua.gub.hn

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle a la Auxiliar de Enfermería **JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO**, quien ha sido seleccionada a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, la cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

CARLOS MIRANDA

Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Mery Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

185



CURRICULUM VITAE

Juana Suyapa Mejía Castilla

NOMBRE

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

La Paz, 5 de junio de 1972

IDENTIDAD

1201-1972-00254

NACIONALIDAD

hondureña

ESTADO CIVIL

Casada

DOMICILIO

Colonia Fiallos

CELULAR

88 81 32 28 -

98 79 09 01 (hijo)

3240 27 68 (Esposo)

FORMACIÓN ACADÉMICA

Educación Primaria

Escuela Juan Manuel Suazo

La Paz

Educación Secundaria

Instituto León Alvarado

Título Obtenido

BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS

CURSOS RECIBIDOS

↓ Primer auxilio

1998

↓ Ayudante de enfermería

2/8/1998 (S.E.N.C.O)

↓ Auxiliar de enfermería II

Agencia DONWELL Comayagua, 2009-2010



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

"Medardo Mejía"

El Director (a) de Instituto Departamental "León Alvarado" de Comayagua Departamento Comayagua

Por Cuanto: Le confiere a
Juana Suyapa Mejía Castillo

El Grado de **Bachiller en Ciencias y Letras**
El día **26** del mes de **Noviembre** del dos mil **Siete**
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 Departamental "León Alvarado" deja constancia de haber registrado este Título bajo el No. **5969** Folio **105** del libro No. **7** el día **28** de **Noviembre** de **2007**


Secretario (a) del Establecimiento

El (La) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de **Comayagua** deja constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el No. **9544** Año **2007** Fecha de aprobación **26 de Noviembre 2007** y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro No. **1.2** Reg. **9544** Folio **275**

Lugar y Fecha **Comayagua** **30** de **Noviembre** del **2007**


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 **Comayagua** y en uso de la facultad que le confieren los Artículos 189 de la Ley Orgánica de Educación, y el 1 del Decreto Legislativo No. 162-96 extiende el presente Título de **Bachiller en Ciencias y Letras**

Para que sea habido y tenido por tal, y goce de los derechos que le corresponden.
Dado en **Comayagua** el día **30** del mes de **Noviembre** **Siete**


Director del Establecimiento de Educación



AGENCIA
DONWELL



SECRETARIA DE SALUD
SUB-SECRETARIA DE POLITICA SECTORIAL
Y DESARROLLO INSTITUCIONAL
DEPTO. DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
AGENCIA DONWELL

OTORGAN

EL PRESENTE CERTIFICADO

A

JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO

Por haber completado la capacitación teórica-práctica, en el periodo comprendido del 20 de Septiembre del 2009 al 19 de Septiembre del 2010 que la acredita como

AUXILIAR DE ENFERMERIA II

Comayagua, de Agosto del 2011

SECRETARIA DE SALUD



DEPTO. DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS





AGENCIA
DONWELL

CONSTANCIA

Por este medio la suscrita Gerente General de la Agencia DONWELL hace constar que nuestra alumna del curso para la formación de **Auxiliar de Enfermería II**, la Sra. **JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO** ha finalizado satisfactoriamente el servicio social del curso realizado en el periodo 2009-2010. Actualmente el diploma está en trámite de firmas.

Para los fines que a la interesada convenga se extiende la presente a los veinte y nueve días del mes de Septiembre del dos mil once.

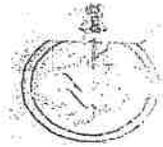
Lic. Donna
Gerente



181



SECRETARIA DE SALUD
REGION DE SALUD N° 3
TELEFONO 772 - 0347 - TELEFAX 772 - 0137
COMAYAGUA, COMAYAGUA



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CONSTANCIA

La Suscrita Directora Regional de Enfermería de Comayagua, Por medio de la presente hace CONSTAR QUE: JUANA SUYAPA MEJIA C., estudiante del curso auxiliares de Enfermería de la Agencia DONWELL, realizo su Servicio Social Obligatorio en el Cesamo Emanuel en el municipio de Comayagua del 20 de Septiembre del 2010 al 20 de Septiembre del 2011.

Y para los fines que la interesada estime conveniente, se extiende la presente en la Ciudad de Comayagua a los Dos días de mes de Diciembre del año dos mil once.



Lic. Irma Montoya
Directora de Enfermería
Región Departamental de Salud N° 3

cc: Archivo

Comayagua, 14 de marzo de 2012

Dr. Enrique Vásquez
Jefe de Cesamo Emanuel
Col. Escoto Comayagua

Estimado Dr. Vásquez

En consecuencia de terminar mi servicio social, doy gracias por haberme dado la oportunidad y darme el campo para desenvolverme a la vez que aprendí mucho.- en tal virtud solicito permiso.

Para prestar mis servicios a Donorem en dicha institución si no hay inconveniente alguno.- Ya que en estos momentos no tengo ninguna oferta de trabajo y para no perder las destrezas adquiridas, como también para continuar proyectos iniciados durante el periodo de me practica también vivo cerca y quiero trabajar como voluntaria. Dejo claro que con esto no comprometo a la institución de ningún reclamo de pago.

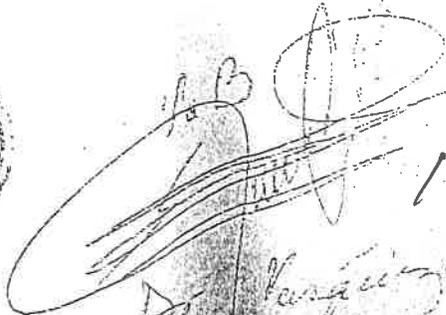
Estaría de más que cuando haya una oportunidad de contrato de trabajo sea tomada en cuenta.

En espera de una respuesta positiva me suscribo de usted.

Muy atentamente


Juana Suyapa Mejía Castillo




Dr. Enrique Vásquez
179

Comayagua 20 de enero 2014

Sr: Carlos Miranda Canales
Alcalde Municipal
Comayagua

Muy respetuosamente me dirijo a usted deseando éxito en tan delicadas funciones

El motivo de la presente es para solicitarle un recurso que necesito en el Cesamo Emanuel para mejor atención a los pacientes, el cual me siento en la obligación como jefe del Cesamo solicitarle una auxiliar de enfermería la cual le puede dar un contrato o como usted estime conveniente le propongo la auxiliar Juana Suyapa Mejia Castillo ya que es de la comunidad y con mucho espíritu de trabajo, responsabilidad ya que ella e estado laborando gratuitamente para la comunidad.

En espera de una respuesta satisfactoria

Atte.



Dr Enrique Vásquez
Jefe de Cesamo
Emanuel Col. Escoto Sector Sur
Comayagua



Secretaría de estado en los despachos de Salud
Región Departamental de Salud N° 3, Comayagua
Telefax: 772-0137 y 772-0347
Comayagua, Comayagua



CONSTANCIA

La suscrita Jefe Supervisora de Enfermería del Césamo Enmanuel, Comayagua, por este medio **HACE CONSTAR QUE:** la Sra. Juana Mejía Castillo cumplió su servicio social como Enfermera Auxiliar del 20 de septiembre 2010 al 20 de septiembre 2011, desempeñándose eficientemente, disciplinada y muy entregada a su vocación. También se hace constar que solicitó permiso para continuar ad-honorem desde entonces hasta la fecha continua laborando bajo esta condición, razón que se le agradece.

Comayagua, 20 de enero del 2014

LIC. REINA SARAVIA
Jefe Supervisora de Enfermería,
Césamo Enmanuel, Comayagua



177

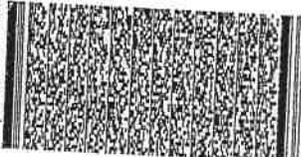

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD
 JUANA SUYAPA / MEJIA CASTILLO




HONDUREÑA POR NACIMIENTO
 LUGAR DE NACIMIENTO
 SEXO FEMENINA
 EMITIDA EL 2 AGOSTO 1997

1201-1972-00254
 
 02277140-01

ARTICULO 104 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna autoridad o persona particular podrá privar de la tenencia de la Tarjeta de Identidad a otra persona, sino en virtud de Ley o sentencia fundada en Ley. La infracción de este artículo dará lugar a la sanción correspondiente.

DIRECTOR R.N.P.


SOLICITADA EN 1201
 JUANA SUYAPA / MEJIA CASTILLO
 1201-1972-00254

EMITIDA: 17/01/2020 EN: COMAYAGUA, COMAYAGUA



No. 741219

VALOR: L. 150.00

NOMBRES: JUANA SUYAPA

APELLIDOS: MEJIA CASTILLO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1201197200254

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 24/06/1972

DOMICILIO: COLONIA FIALLOS, COMAYAGUA, COMAYAGUA.

VIGENCIA POR SEIS(6) MESES

El Infrascrito Titular de la Unidad de Antecedentes Penales, hace constar que a la Fecha de emisión de la presente Constancia y conforme a los Registros del Sistema de Antecedentes Penales:

***** NO TIENE ANTECEDENTES PENALES *****



NORMA LIZETH CASCO RODAS
COORDINADOR(A)
UNIDAD DE ANTECEDENTES PENALES
*** VALIDO A NIVEL NACIONAL ***

175





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

RTN: 12011972002549

JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO
 Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	<input type="checkbox"/>	Productores Importadores de Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/>	Productores Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Exportador	<input type="checkbox"/>	Distribuidor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Imprentas	<input type="checkbox"/>	Importador Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Prestamista	<input type="checkbox"/>		

Fecha de Emisión: 20130412

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 58 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley N° del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20880 y el Reglamento Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.



[Handwritten Signature]



Director Adjunto de Rentas Internas

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos 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- 1315867

Transacción: AF04B1

CONSTANCIA

Yo, **Dr. DONALDO DOMINGUEZ RÍOS**, mayor de edad, teléfono 2772-1126, por este medio HAGO CONSTAR QUE: Conozco a la señora **JUANA SUYAPA MEJÍA CASTILLO**, con identidad número 1201-1972-00254, con domicilio en esta ciudad de Comayagua, Tel. 2771-6431, la cual ha trabajado como Enfermera, demostrando ser una persona honrada, responsable, capaz de realizar su trabajo con eficiencia.

Y, para los fines que a la interesada convengan se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua a los dieciocho días del mes de enero del año 2016.


Dr. ~~Donald~~ Domínguez Ríos



Solicitud de Personal

Comayagua, Honduras 7 de enero de 2016.

Señora:

Gloria Bonilla

(Diputada de Comayagua).

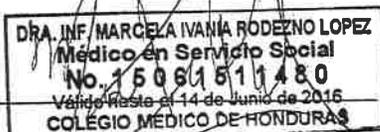
Asunto: Solicitud de personal de enfermería

De la manera más atenta me dirijo a usted, con el fin de que nos brinde ayuda para contratar una persona que realice labores de enfermería (auxiliar de enfermería o licenciada en enfermería). En la unidad de salud localizada en la comunidad de "Cerro el nance" Que brinda servicios de salud a personas de escasos recursos económicos.

Agradeciendo de antemano el apoyo que siempre ha brindado a nuestro centro asistencial de modalidad APS.

Quedo a la espera de su pronta respuesta y atención a mi solicitud.

Atentamente.



MSS. Dra. Marcela Ivania Rodezno.

TEL: 32007914

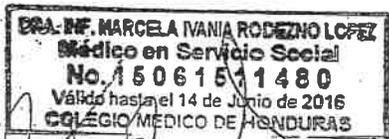
Pastor. José Gonzales

CONSTANCIA

Comayagua, Comayagua 13 de abril del 2016.

Señores de recursos humanos de alcaldía municipal de Comayagua:

Por medio de la presente hago constar que Juana Suyapa Mejía Castillo de 43 años de edad con identidad número 1201-1972-00254, se encuentra cumpliendo sus labores de enfermería en la APS de Cerro el Nance, Comayagua desde el 1 de abril del año 2016.



Att. Dra. Marcela Rodezno.

APS Cerro el nance



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguaic@yahoo.com

Sitio web: www.amcomayagua.com

CONSTANCIA

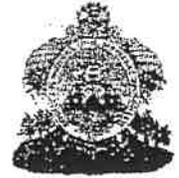
El suscrito jefe de Recursos Humanos de esta Alcaldía Municipal, por medio de la presente HACE CONSTAR QUE: **A JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO** se le está subvencionado el sueldo mensual de **CINCO MIL TRECIENTOS LEMPIRAS EXACTOS (L. 5,300.00)** por la Alcaldía Municipal de Comayagua, desde el 01 febrero, 2017 al 31 de diciembre, 2017, como Enfermera Auxiliar, **en el APS del Cerro El Nance de esta ciudad.**

Y para los fines que al(a) interesado(a) le convengan se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua a los Diecisiete días del mes de julio del año dos mil diecisiete.



JOSE ROBERTO MEJIA MEJIA
Jefatura de Recursos Humanos

170



SECRETARIA DE ESTADO EN LAS DESPACHOS DE SALUD
COMAYAGUA – COMAYAGUA.
CESAMO DR: FRANCISCO RODRIGUEZ

CONSTANCIA

Por medio de la presente se hace constar que:

Juana Suyapa Mejía Castillo

Con N° de Identidad 1201-1972-00254

Ha estado Laborando en APS Cerro del Nance, Departamento de Comayagua, como Auxiliar de Enfermeria desde el 14 de Abril 2016 a la Fecha. Demostrando excelente práctica de los valores éticos y morales.

Para los fines convenientes se le extiende la presente a los Quince días del mes de Enero del Dos mil Diez y Ocho.

Atentamente.



LIC: ILSIA FLORES
JEFE DE CESAMO
DR: FRANCISCO RODRIGUEZ
99231604

169

Oficio N° 0057-2017-JDSN°3

Comayagua, 23 de Enero de 2017

Señor
Carlos Miranda
Alcalde Municipal
Comayagua

Estimado Sr. Alcalde:

El presente es para solicitar su apoyo, de seguir contratando a la A/E **JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO**, con Identidad N°. 1201-1972-00254, quien ha estado desempeñándose en el cargo de APS en el **Cerro El Nance**, y debido a la demanda que se ha dado y el área geográfica de dicha Comunidad, le solicito de ser posible sea recontratada en su puesto actual.

Agradeciendo de antemano su atención a la presente.

Atentamente,



DRA. DOLORES DEL CARMEN ORTEGA
Jefe Departamental de Salud N° 3

Cc: Archivo
leb/

168

Comayagua 20 noviembre 2018

P.M. Carlos Miranda
Alcalde del Municipio de Comayagua

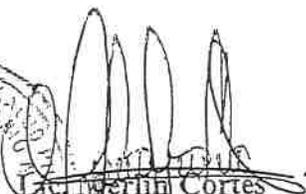
Estimado Alcalde

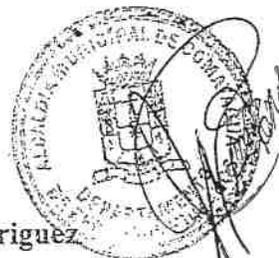
Reciba un cordial saludo Paz y Bien.

El motivo de la presente es solicitarle que la Aux Enf Suyapa castillo Ubicada actualmente en el ESF del cerro del nance sea reubicada temporalmente en el CIS Francisco Rodríguez, ubicado en la colonia Milagro de Dios debido a los impases que se han tenido entre ella y los pastores de esa comunidad. Aclarando que este recurso es de suma importancia para nuestras instalaciones debido a la falta del mismo para poder cumplir con las múltiples actividades de salud.

Agradeciendo de ante mano y esperando una respuesta positiva.

Atentamente;


Lic. Ivierlin Cortes
Directora de la Red de salud N° 1



Cc. Lic. Olga Jimenez/ Directora del CIS francisco rodriguez
Cc. Archivo

167

Oficio N° 0047-2018-JDSN°3
Comayagua, 17 de Enero de 2018

Señor
Carlos Miranda
Alcalde Municipal de
Comayagua

Estimado Sr. Alcalde:

El presente es para solicitar su apoyo, para seguir contratando a la A/F JUANA SUYAPA **MEJIA CASTILLO**, con Identidad N°. 1201-1972-00254, quien ha estado desempeñándose en el cargo de APS en el **Cerro El Nance**, y debido a la demanda que se ha dado y el área geográfica de dicha Comunidad, le solicito de ser posible sea recontratada en su puesto actual.

Agradeciendo de antemano su atención a la presente.

Atentamente.


Lic. Lilian Herrera



Jefe Regional de Salud N° 3,
Comayagua, por Delegacion

Cc: Archivo

leb/

144

Oficio N° 0047-2019-JDSN°3
Comayagua, 15 de Enero de 2019

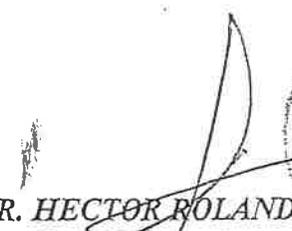
Señor,
Carlos Miranda Canales
Alcalde Municipal de
Comayagua

Estimado Sr. Alcalde:

El presente es para solicitar su apoyo, para seguir contratando a la A/E JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO, con Identidad N°. 1201-1972-00254, quien ha estado desempeñandose en el cargo de APS en el Cerro El Nance, y debido a la demanda que se ha dado y el área geográfica de dicha Comunidad, le solicito de ser posible sea recontractada en su puesto actual.

Agradeciendo de antemano su atención a la presente.

Atentamente,


DR. HECTOR ROLANDO CHAHIN
Jefe Region Departamental de Salud
Comayagua, Por Delegacion



Cc: Archivo

leb/

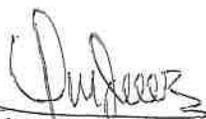
C15 DR. fco Rodríguez 11-6-2020

Comayagua

Constancia

Por medio de la presente hago consta la Aux de Enfermería Juana Suyapa Mejía Castillo #1201-1972-00254 La laboro abril del año 2016 APS del cerro del nance y finalizo diciembre año del 2018.

por lo tanto, se hace constar que laboro por contrato por parte de la alcaldía municipal de Comayagua.



Lic. Olga Marina Jimenes Guevara

Telf. 96820434





**CLÍNICA UN BRAZO DE AMOR DE CEPUDO
COMAYAGUA, HONDURAS**

CONSTANCIA

el suscrito jefe de esta clínica Brazo De Amor. Por medio de la presente hace constar que: Juana Suyapa Mejía Castillo. Está laborando como Enfermera auxiliar, con un sueldo mensual de Lps.6000 seis mil lempiras exactos desde el 1° de octubre de 2019 hasta una fecha indefinida.

Y para los fines que al interesado (a) convenga se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua A los 18 dieciocho días del mes de octubre del año 2019 dos mil diecinueve.



Gloria Bonilla
jefatura

CERTIFICACION DE ACTA DE GRADUACION

La Suscrita Secretaria del Instituto Departamental "León Alvarado" con código 0301.50,001 de la ciudad de Comayagua Certifica Que en el Libro de Actas de Graduación que obran en poder de esta Secretaria, aparece el Acta que literalmente dice: "Acta de Graduación".- La suscrita Secretaria del Instituto Departamental "León Alvarado" con código 0301,5001 de la ciudad de Comayagua Departamento de Comayagua, por la presente deja constancia que el día 5 de Diciembre del año dos mil siete, en el local que ocupa El Gimnasio de esta Institución se llevo a cabo la Juramentación del (a) Alumno (a): JUANA SUYAPA MEJIA CASTILLO

este Alumno (a) ha aprobado el Plan de Estudios y demás requisitos de conformidad con la Ley, en ceremonia solemne con la asistencia del Graduando, Director, Secretaria y Testigos.- El Director de la Institución tomo la promesa de Ley al Graduando de conformidad con el articulo 426 del Reglamento General de Educación Media y habiendo esta contestado afirmativamente se le confirió el grado de **BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS**, a nombre de la Republica de Honduras.- Para constancia firma el sustentante con sus respectivos testigos.- Comayagua municipio de Comayagua a los cinco días del mes de Diciembre del año dos mil siete.- F) Sustentante, F) Testigos, Dan Fe, Firma y Sello F)DIRECTOR, SELLO F) SECRETARIA GENERAL; y a solicitud de la interesada, se le extiende la presente en Comayagua, Municipio de Comayagua a los cinco días del mes de Diciembre del año dos mil siete.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.09-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **al patrono al señor(a) KATERIN MARVELLA DOBLADO GARAY** identidad **0301-1999-01510** solvencia municipal No. **275470**, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **AUXILIAR EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Seguimiento de casos confirmados por laboratorios y sus contactos.
2. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Realizar la búsqueda activa de casos sospechosos por COVID-19 y sus contactos.
4. Llevar el registro de los casos sospechosos de COVID-19 en listado.
5. Coordinar actividades de respuesta rápida con organizaciones de base comunitaria.
6. Notificación de casos dentro de las 24 horas de conocido caso, mediante ficha de notificación.
7. Identificar informante claves en las comunidades para la búsqueda activa de contactos y casos sospechosos.
8. Mapeo de zonas intervenidas y/o los grupos de riesgo como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazadas.
9. Realiza una búsqueda casa a casa de casos nuevos, a través de una lista de chequeo.
10. Visita domiciliaria a pacientes de acuerdo a las actividades determinadas en el plan.
11. Buscar pacientes sospechosos de COVID-19 a nivel comunitario, que habían estado siendo monitoreados vía telefónica y no hay respuesta.
12. Entrega de medicamentos.
13. Brindar las medidas de control, manejo y prevención del COVID-19 en los hogares y las comunidades.

13. Brindar las medidas de control, manejo y prevención del COVID-19 en los hogares y las comunidades.
14. Verificar que los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 cumplan el autoaislamiento y las medidas de prevención.
15. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19.
16. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir **del 10 de agosto, 2020 finalizando, 10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de **L. 37,800.00 (TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS)**. 100/100, que corresponde a un salario mensual de **L. 12,600.00 (DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS) 100/100.** Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras 05-02-573 PROYECTO 298 y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código 05-02-581 PROYECTO 242.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante

Katerin Doblado
El Contratado

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.09-A-2020. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.

Katerin Doblado
KATERIN MARVELLA DOBLADO GARAY

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.09-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.

Katerin Doblado
KATERIN MARVELLA DOBLADO GARAY

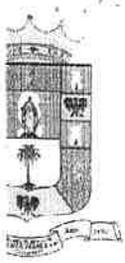
RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.09-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.

Katerin Doblado

KATERIN MARVELLA DOBLADO GARAY



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.comayagua.gub.hn

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle a la Auxiliar de Enfermería **KATERIN MARVELA DOBLADO GARAY**, quien ha sido seleccionada a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, la cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,


CARLOS MIRANDA

Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Merly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo *Katerin Doblado*

202

CURRICULUM VITAE

DATOS PERSONALES



Nombre completo: Katerin Marvella Doblado Garay

No. De Identidad: 0301-1999-01510

Fecha de Nacimiento: 14 de Marzo de 1999

Estado Civil: Soltera

Dirección: Aldea Cerro del Nance Comayagua, Comayagua

Correo Electrónico: katydoblado@gmail.com

Teléfono: 9548-8108

ESTUDIOS REALIZADOS

- Primaria - Centro básico Carlos Miranda Canales (2007-2010)
Escuela para jóvenes y adultos Rosa de valenzuela (2011-2012)
- Secundaria (Hasta noveno grado) - Centro básico Carlos Miranda Canales (2013-2015)
- Curso libre de Enfermería -Centro Formador de Recursos Humanos y Enfermería Comayagüense (CEFOREH) (2019-2020)

LOGROS OBTENIDOS

Curso Libre de Enfermería en el cual aprobé los siguientes módulos:

- Curso de Primeros Auxilios
- Procedimientos Básicos de Enfermería
- Atención al Adulto Mayor
- Atención de Labor y Parto
- Atención a la Mujer
- Atención al Niño/a

EXPERIENCIA LABORAL

- Trabajo en el campo.

REFERENCIAS PERSONALES

Fanny Hernández – 8853-4810

Reyna Aguilar – 9713-1506

Marta Garay – 9791-9880



**CENTRO FORMADOR DE
AUXILIARES DE ENFERMERÍA
COMAYAGÜENSE**

Otorga el presente Reconocimiento A:

KATERIN MARVELLA DOBLADO GARAY

Por haber concluido satisfactoriamente el Curso de Primeros Auxilios
como Participante con una duración de 30 horas.

COMAYAGUA 05 DE NOVIEMBRE 2019

Javier J. Garay Díaz
Instructor

Lic. Saira Sagrario Funes
Directora CEFAEC

**CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS Y ENFERMERIA
COMAYAGÜENSE (CEFOREH)**

Otorga el presente

DIPLOMA



A: KATERIN MARVELLA DOBLADO GARAY

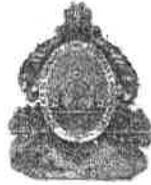
Por haber aprobado sus estudios en el **Curso Libre de Salud y Enfermería**

Impartido 01 de febrero del 2019 al 01 de enero del 2020.

Extendido en Comayagua a los 27 días del mes de Enero del 2020


Lic. Saïta Funes.
DIRECTORA DEL CEFAEC.


Dixiela Campos.
ADMINISTRADORA.



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE EDUCACION
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE COMAYAGUA



Centro Básico, Escuela y Jardín
Carlos Miranda Canales



PROMOCION: 'PRIMER CENTENARIO DEL HIMNO NACIONAL DE HONDURAS'

DIPLOMA DE ESTUDIOS FINALES

Centro de Educación Básica "Carlos Miranda Canales"

De: Cerro El Nance Comayagua Comayagua
Lugar Municipio Departamento

POR CUANTO: Katerin Marbella Doblado Garay

HA FINALIZADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCERO DE CICLO DE EDUCACIÓN BÁSICA

POR TANTO

De conformidad con lo establecido en las leyes educativas se le extiende el presente. **DIPLOMA** Registro Nº. _____

30 DE NOVIEMBRE DEL 2015

[Signature]
DIRECTOR(A) DEL CEB



[Signature]
FIRMA DEL SUB COORDINADOR(A)
DEPARTAMENTAL

196

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 0301

KATERIN MARVELLA / DOBLADO GARAY
0301-1999-01510


REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

KATERIN MARVELLA / DOBLADO GARAY


HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIÓ EL: 14 MARZO 1999
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 04 FEBRERO 2017



0301-1999-01510 
18998099-01



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275470

Nº 000275470

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:	
KATERIN MARVELLA DOBLADO	
0301-1999-01510	

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
07/08/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 23.60



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE _____

SOLVENCIA Nº

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA PAGADO SUS IMPUESTOS MUNICIPALES CORRESPONDIENTES, EN BASE A LO ESTIPULADO EN EL ART. 77 DE LA LEY DE MUNICIPALIDADES VIGENTE, SIN PERJUICIO DEL IMPUESTO ADICIONAL QUE PUEDA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS DECLARACIONES.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No. 10-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará al **patrono al señor(a) DILMA YANETH CALIX SANCHEZ** identidad **0301-1982-00193** solvencia municipal No. 275476, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **AUXILIAR EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Seguimiento de casos confirmados por laboratorios y sus contactos.
2. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Realizar la búsqueda activa de casos sospechosos por COVID-19 y sus contactos.
4. Llevar el registro de los casos sospechosos de COVID-19 en listado.
5. Coordinar actividades de respuesta rápida con organizaciones de base comunitaria.
6. Notificación de casos dentro de las 24 horas de conocido caso, mediante ficha de notificación.
7. Identificar informante claves en las comunidades para la búsqueda activa de contactos y casos sospechosos.
8. Mapeo de zonas intervenidas y/o los grupos de riesgo como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazadas.
9. Realiza una búsqueda casa a casa de casos nuevos, a través de una lista de chequeo.
10. Visita domiciliaria a pacientes de acuerdo a las actividades determinadas en el plan.
11. Buscar pacientes sospechosos de COVID-19 a nivel comunitario, que habían estado siendo monitoreados vía telefónica y no hay respuesta.
12. Entrega de medicamentos.
13. Brindar las medidas de control, manejo y prevención del COVID-19 en los hogares y las comunidades.

224

14. Verificar que los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 cumplen el autoaislamiento y las medidas de prevención.
15. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19.
16. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses contados a partir del **10 de agosto, 2020 finalizando, 10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de L. **37,800.00 (TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS)**. 100/100, que corresponde a un salario mensual de L. **12,600.00 (DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS)** 100/100. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras 05-02-573 PROYECTO 298 y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código 05-02-581 PROYECTO 242.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020


El Contratante


El Contratado (a)

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.10-A-2020. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.

DILMA YANETH CALIX SANCHEZ

Dilma Yaneth Calix Sanchez

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.10-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.

DILMA YANETH CALIX SANCHEZ

Dilma Yaneth Calix Sanchez

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No.10-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.

DILMA YANETH CALIX SANCHEZ

Dilma Yaneth Calix Sanchez

CURRICULUM VITAE



I. DATOS GENERALES:

Nombre: Dilma Yaneth Cáliz Sánchez
Fecha de nacimiento: 24 de enero de 1982
Lugar de nacimiento: Comayagua, Comayagua
Número de identidad: 0301-1982-00193
Estado civil: Casada
Dirección: B° San Ramón, Comayagua
Nacionalidad: Hondureño
Número de teléfono: 9538-8534

II. FORMACION ACADÉMICA

- **Primaria**
Centro Básico Ramón Ortega
B° Santa Lucia, Comayagua
- **Secundaria**
Instituto Privado Comayagua
B° Arriba, Comayagua
- Liceo Jesús de Nazareth**
B° Cabañas, Comayagua

III. EXPERIENCIA LABORAL

- **Hospital Regional Santa Teresa**
Enfermera
10 febrero 2010 a 29 febrero 2014
- **Centro Medico San Rafael**
Enfermera
01 junio 2015 a 03 agosto 2020

IV. REFERENCIAS PERSONALES

- **Osman Joel Padilla**
9850-4015

217

- **Mario David Suazo**
9904-8131

VI. OTROS CURSOS RECIBIDOS

- **Auxiliar de Enfermería**
Agencia Donwell
19 septiembre 2011 a 21 octubre 2013
Comayagua, Honduras.
- **Técnico Instrumentista (Técnicas y Procedimientos Básicos en Quirófano)**
Centro Politécnico Nacional CEPONASA
03 enero 2017 a 03 enero 2018
Tegucigalpa, Honduras.

REPUBLICA DE HONDURAS

CONSTITUCION NACIONAL Y PERSONAS

RECTORIA DE IDENTIFICACION

IDENTIFICACION

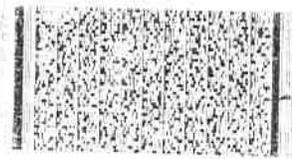


HONDURAS POR NACIMIENTO
NACIO EL 24 ENERO 1982
IDENTIFICACION
IDENTIFICACION



04715593-07

REPUBLICA DE HONDURAS
CONSTITUCION NACIONAL Y PERSONAS
RECTORIA DE IDENTIFICACION
IDENTIFICACION



SOLICITADA EN 0301

DILMA YANETH CALIX SANCHEZ

0301-1982-00198



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES

Nº

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE		
DILMA A ANETH DEL C. RIVERA		
CALLE 1000 - 0000		

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
07/03/20	31/12/2020	2019

Valor total: 225.00

FORMA Y SELLO DEL ALCALDE



IMPUESTOS MUNICIPALES DE COMAYAGUA

El contribuyente ha
 cumplido con sus obligaciones
 correspondientes
 de acuerdo a la Ley de
 Impuesto Municipal
 de acuerdo a sus

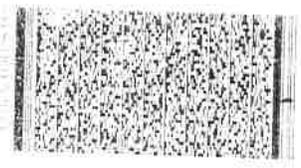
REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS
CIUDAD DE TEGUCIGALPA



IDENTIFICACION NACIONAL
ACTO DEL 24 ENERO 1982
DILMA YANETH / CALIX SANCHEZ
IDENTIFICACION NACIONAL



Faint, illegible text, possibly a stamp or administrative note.



SOLICITADA EN 0301
DILMA YANETH / CALIX SANCHEZ
0301-1982-00193

REPÚBLICA DE HONDURAS
PODER JUDICIAL
CONSTANCIA
TRABAJO



No.

VALOR: L. 228.00

EMITIDA: 07/08/2020 EN: COMAYAGUA, COMAYAGUA

NOMBRES: DILMA YANETH

APELLIDOS: CALIX SANCHEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0301198200193

FECHA DE NACIMIENTO: 24/01/1982

SEXO: Femenino

DOMICILIO: BARRIO SAN RAMON, COMAYAGUA, COMAYAGUA.

VIGENCIA POR SEIS(6) MESES

El Infrascrito Titular de la Unidad de Antecedentes Penales, hace constar que a la Fecha de emisión de la presente Constancia y conforme a los Registros del Sistema de Antecedentes Penales:

***** NO TIENE ANTECEDENTES PENALES *****



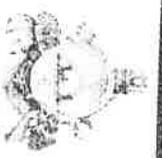
NORMA LIZETH CASCO RODAS
COORDINADOR(A)
UNIDAD DE ANTECEDENTES PENALES
* VALIDO A NIVEL NACIONAL *

COMPRUEBE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO VERIFICANDO LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE SEGURIDAD:
* PAPEL DE SEGURIDAD CON MARCA DE AGUA VERIFICABLE A CONTRALUZ. APARECERÁ UNA H ESPARDIDA EN TODO EL PAPEL.
* LOGOTIPOS EN TINTA INVISIBLE. VERIFIQUELOS CON LUZ ULTRAVIOLETA.
* FIBRILLAS DE SEGURIDAD EN LAS DOS CARAS DE LA COMPTENDIENDO CON EFECTOS BAJO LUZ ULTRAVIOLETA.

210



AGENCIA
DONWELL



SECRETARIA DE SALUD
SUB-SECRETARIA DE POLITICA SECTORIAL
DEPTO. DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
AGENCIA DONWELL



**OTORGAN
EL PRESENTE CERTIFICADO
A**

DILMA YANETH CALIX SANCHEZ

Por haber completado la capacitación teórica-practica, en el periodo comprendido del 19 de Septiembre del 2011 al 21 de Octubre del 2013 que la acredita como

AUXILIAR DE ENFERMERIA II

Comayagua, Comayagua, 24 de Octubre del 2013


SECRETARIA DE SALUD


AGENCIA DONWELL


DEPTO. DE DESARROLLO DE RRHH

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No. 11-
A-2020.**

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará al **patrono al señor(a) GUISELL TATIANA FERRERA MATAMOROS** identidad **0801-1981-01531** solvencia municipal **No. 275483**, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **AUXILIAR EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Seguimiento de casos confirmados por laboratorios y sus contactos.
2. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Realizar la búsqueda activa de casos sospechosos por COVID-19 y sus contactos.
4. Llevar el registro de los casos sospechosos de COVID-19 en listado.
5. Coordinar actividades de respuesta rápida con organizaciones de base comunitaria.
6. Notificación de casos dentro de las 24 horas de conocido caso, mediante ficha de notificación.
7. Identificar informante claves en las comunidades para la búsqueda activa de contactos y casos sospechosos.
8. Mapeo de zonas intervenidas y/o los grupos de riesgo como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazadas.
9. Realiza una búsqueda casa a casa de casos nuevos, a través de una lista de chequeo.
10. Visita domiciliaria a pacientes de acuerdo a las actividades determinadas en el plan.
11. Buscar pacientes sospechosos de COVID-19 a nivel comunitario, que habían estado siendo monitoreados vía telefónica y no hay respuesta.
12. Entrega de medicamentos.
13. Brindar las medidas de control, manejo y prevención del COVID-19 en los hogares y las comunidades.

244

14. Verificar que los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 cumplen el autoaislamiento y las medidas de prevención.
15. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19.
16. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses d contados a partir del **10 de agosto, 2020 finalizando, 10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de **L. 37,800.00 (TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS)**. 100/100, que corresponde a un salario mensual de **L. 12,600.00 (DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS) 100/100.** Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras 05-02-573 PROYECTO 298 y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código 05-02-581 PROYECTO 242.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 delinir 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020


El Contratante


El Contratado (a)

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 11-A-2020. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.

GUISELL TATIANA FERRERA MATAMOROS

241

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 11-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.


GUISELL TATIANA FERRERA MATAMOROS

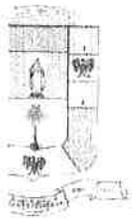
240

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 11-A-2020**. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.

GUISELL TATIANA FERRERA MATAMOROS



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tel: (504) 22 20 19 20 19 Fax: (504) 22 20 19 20 19
Calle: 10 de Agosto, 10000

E-mail: comayagua@comayagua.gub.hn comayagua@comayagua.com
Sitio web: www.comayagua.gub.hn

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándole éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle a la Auxiliar de Enfermería **GISELL TATIANA FERRERA MATAMOROS**, quien ha sido seleccionada a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida E.R.R. COVID-19, el cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted,

Atentamente,

CARLOS MIRANDA

Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega, Directora Regional de Salud

Cc: Molly Colony Cortés Oviedo, Directora Municipal de Salud Red I Comayagua

Cc: Interesadota)

Cc: Archivo



CURRICULUM VITAE

DATOS PERSONALES.

Nombre: GISSELLE TATIANA FERRERA MATAMOROS.

Lugar de nacimiento: Tegucigalpa.

Fecha de nacimiento: 17-02-1981

Nacionalidad: HONDUREÑA.

Estado civil: Soltera.

N. de identidad: 0801-1981-01531.

CEL: 97130764

Dirección actual: col. Tres caminos Comayagua.

ESTUDIOS REALIZADOS.

Educación primaria

Escuela Católica Emiliani

COL. Kennedy, Tegucigalpa (1ro a 6to grado.)

Educación secundaria

Inst. JESUS MILLA SELVA

COL. Kennedy, Tegucigalpa (Ciclo Común Básico.)

Diversificado

Sistema Educativo No. 1 de Ayuda - Tegucigalpa.

Título obtenido: "Perito Mercantil y Contador Público"

Agencia Donwell: "Auxiliar de Enfermería II" (Comayagua)

Pasante de la carrera de Gerencia de Negocios.

Trabajos realizados:

- *Tienda Cortitelas Depto. De ventas 97-98.*
- *Esc. Nido De Águilas. Directora del Cuadro de Danza.*
- *EXTRAGLAMOUR Depro. de ventas 2001.*
- *COBANMA Auxiliar de contabilidad 2001-2002.*
- *UNICEF Capacitadora de VIH-SIDA a nivel de Escuelas y Colegios de Tegucigalpa.*
- *Estéreo Dimensión: Locución y Animación Radial / Ejecutiva de ventas publicitarias 2005-2006*
- *Canal 55 Conducción y Animación de Programas de TV.*
- *GYTANAS Comerciante individual, Administradora e*
Instructora de la escuela de baile 2005-2013.
- *OESSA Realizadora de Eventos Sociales 2007-2012.*
- *Bco. "ATLANTIDA" "CREDITLAN" Ejecutiva de t/c Mendels*
- *Building minds school Maestra de Artes Plásticas. 2009-2011.*
- *FUNDAUPNFM Instructora de "Cursos de Bailes Libres" 2010-2011*
- *Jardín y Escuela Juan Pablo II Maestra de la clase de Estudios sociales, Arte y Religión. 2012.*
- *Canal DTV 35 Conductora del Programa Ritmo 2012.*
- *Estereo Dimensión 96.7 Locución y ejecutiva de ventas.*

**Steel boddy gym instructora de "Dance mix".2015-2016*

Diálisis de Honduras siguatepeque enfermera auxiliar 2017

Platinum gym instructora de dancemix 2017

Ventas comerciante individual 2017-2018 hasta la fecha.

CRHEJES restaurante y bar administradora 2018-2019

HONDUCHIP empacadora 2019.

Trabajo temporal

Almacén el titán Tegucigalpa Dic 2016 supervisora de seguridad

Diálisis de Honduras siguatepeque enfermera auxiliar 2017

CURSOS RECIBIDOS.

**Prestaciones laborales Ministerio De Trabajo.*

**Liderazgo CENA.*

** Guía turística local INFOP-UPNFM*

**Curso Teatral Escuela Nacional De Teatro.*

**Curso de Pintura Escuela Nacional De Teatro.*

**Curso de Bailes Latinos. Escuela de Danza TAPACHULA MEXICO.*

**CURSOS DE: AUDIO SISTEMA*

-Locución.

-Animación

-Comunicador competente.

-Tratamiento de notas de farándula.

-Espectáculos.

-Conferencia de prensa.

-Manejo de programas especiales y profesionales para radio.

**Curso de manualidades kínder Espíritu Santo.*

**Psicología infantil Dra. Lourdes Peña.*

**Motivación infantil Dra. Lourdes Peña.*

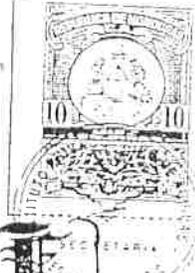
**Manejo de problemas de aprendizaje infantil.*

**Estudio de los problemas infantiles en la escuela.*

**Como Estimular al alumno, maestro y padre de familia en la etapa de aprendizaje.*



Promoción



Profesor **Rafael Antonio Alberto García**
del Instituto Privado "Nido de Águilas" de
Tegucigalpa, D.E. Departamento Francisco Morazán

Le confiere a
Guisel Caliana Ferrera Malamoros

el Grado de **Perito Mercantil y Contador Público**
El día 1 del mes de Diciembre del año mil

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



El (La) Secretario (a) de **Instituto Privado de Águilas** deja constancia de haber
registrado este Título bajo el N.º 04 Folio 13 del libro N.º 50 de
Marzo de dos mil uno.



El (La) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de **Francisco Morazán** deja
constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N.º 2496 año 2000 fecha de
aprobación 20 de Noviembre, 2000 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º
05 Reg. 2496 Folio 165

Lugar y Fecha **Tegucigalpa, D.E.** 14 de Mayo del dos mil uno

[Signature]
Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación

Por Tanto:

El Secretario de Estado en el Despacho de Educación, a través de la Dirección Departamental de Educación de
Francisco Morazán, en uso de la facultad que le confieren los artículos 189 de la Ley Orgánica de
Educación y Decreto Legislativo N.º 152-96 en uso del artículo 15 de la Ley de Titulo de

Perito Mercantil y Contador Público

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

Dado en **Tegucigalpa, D.E.** el día atorce del mes de Mayo del dos mil uno.

[Signature]
Director (a) Departamental de Educación



REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS
DEL RECURSO HUMANO INSTITUCIONAL

DONWELL



OTORGAN

**EL PRESENTE CERTIFICADO
A**



GUISELL TATIANA FERRERA MATAMOROS

Por haber aprobado sus estudios de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**,
realizados en **DONWELL**, en el periodo comprendido del
11 de Noviembre 2013 al 16 de Enero del 2016

Comayagua, Comayagua, 30 de Mayo del 2016

SECRETARÍA DE ESTADO EN EL
DEPARTAMENTO DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN
DEL RECURSO HUMANO INSTITUCIONAL



DIRECTOR
CURSO DE
DE ENFERMERÍA





República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión 21/05/2019

RTN: 08011987016310

GUISELL TATIANA FERRERA MATAMOROS
Nombre o Razon Social

Inscripciones

- | | | | |
|------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Ventas-Selectivo | <input type="checkbox"/> | Productores Importadores de Cigarrillos | <input type="checkbox"/> |
| Importador | <input type="checkbox"/> | Productor Alcoholes Licores | <input type="checkbox"/> |
| Exportador | <input type="checkbox"/> | Distribuidor Alcoholes Licores | <input type="checkbox"/> |
| Imprentas | <input type="checkbox"/> | Importador Alcoholes Licores | <input type="checkbox"/> |
| Prestamista | <input type="checkbox"/> | | |

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 5 Decreto de Ley N° 14 de 1975 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 41 de 1978, Art. 30, 30 y 56 Decreto N° 11 de 2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 1, 56 numeral 1, 60 numeral 1, 66 numeral 3 y 4, 68 del Código Tributario.



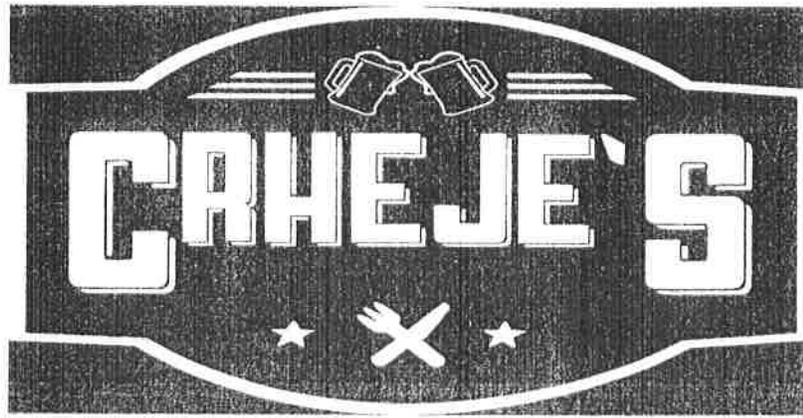
SAR

Señor Celigado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412-3200408

Transacción FC4014



Comayagua 23 de Mayo del 2019

CONSTANCIA LABORAL

A quien Corresponde

Tengo el placer de suscribir la presente para constatar que conocemos Sra. Guisselle Tatiana Ferrera Matamoros quien se desempeñó como Administradora en Bar y Restaurante CRHEJES durante 6 meses, tiempo en el cual pudimos conocerla como una persona honesta, responsable, trabajadora y altamente comprometida con todas las obligaciones que le fueron requeridas. Extendemos la presente a petición del interesado y para los fines que a él le convengan.

Quedo a sus órdenes para dar fe de lo aquí suscrito por los medios que considere convenientes.


Rebeca Vallejo

Propietaria

9926-6053



778



REPÚBLICA DE HONDURAS
PODER JUDICIAL
CONSTANCIA
TRABAJO

No.

VALOR:

EMITIDA: 16/10/2019 EN: COMAYAGUA, COMAYAGUA

NOMBRES: GUISELL TATIANA

APELLIDOS: FERRERA MATAMOROS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0801198101531

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 17/02/1981

DOMICILIO: COLONIA TRES CAMINOS, COMAYAGUA, COMAYAGUA.

VIGENCIA POR SEIS(6) MESES

El Infrascrito Titular de la Unidad de Antecedentes Penales, hace constar que a la Fecha de emisión de la presente Constancia y conforme a los Registros del Sistema de Antecedentes Penales:

***** NO TIENE ANTECEDENTES PENALES *****




NORMA LIZETH CASCO RODAS
COORDINADOR(A)
UNIDAD DE ANTECEDENTES PENALES
*** VALIDO A NIVEL NACIONAL ***

227





REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

GUISELL TATIANA / FERRERA MATAMOROS



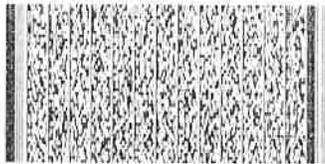
HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 17 FEBRERO 1981
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 09 NOVIEMBRE 2009

0801-1981-01531



04274300-03

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.



SOLICITADA EN 0801

GUISELL TATIANA / FERRERA MATAMOROS

0801-1981-01531

226



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO 275483
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES.

Nº 000 00

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE
GISELL TATIANA FERRERA
0800-1000-00000

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
07/08/20	31/12/2020	2019

Monto Paga 23.60

COMAYAGUA, 07/08/2020



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA

EL CONTRIBUYENTE HA
 DEBERADO PAGO DE IMPUESTOS
 MUNICIPALES DE LA LEY DE
 IMPUESTOS MUNICIPALES DEL IMPUESTO
 SOBRE EL VALOR AGREGADO Y TAMBIEN DE SUS
 INTERESES.

725

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No. 12-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará al **patrono al señor(a) MELVIN EDGARDO GOMEZ PADILLA** identidad **0301-1994-01318** solvencia municipal No. 273511, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **AUXILIAR EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Seguimiento de casos confirmados por laboratorios y sus contactos.
2. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Realizar la búsqueda activa de casos sospechosos por COVID-19 y sus contactos.
4. Llevar el registro de los casos sospechosos de COVID-19 en listado.
5. Coordinar actividades de respuesta rápida con organizaciones de base comunitaria.
6. Notificación de casos dentro de las 24 horas de conocido caso, mediante ficha de notificación.
7. Identificar informante claves en las comunidades para la búsqueda activa de contactos y casos sospechosos.
8. Mapeo de zonas intervenidas y/o los grupos de riesgo como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazadas.
9. Realiza una búsqueda casa a casa de casos nuevos, a través de una lista de chequeo.
10. Visita domiciliaria a pacientes de acuerdo a las actividades determinadas en el plan.
11. Buscar pacientes sospechosos de COVID-19 a nivel comunitario, que habían estado siendo monitoreados vía telefónica y no hay respuesta.
12. Entrega de medicamentos.
13. Brindar las medidas de control, manejo y prevención del COVID-19 en los hogares y las comunidades.

2721

14. Verificar que los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 cumplen el autoaislamiento y las medidas de prevención.
15. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19.
16. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses d contados a partir **del 10 de agosto, 2020 finalizando, 10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de L. 37,800.00 (**TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS**). 100/100, que corresponde a un salario mensual de L. 12,600.00 (**DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS**) 100/100. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras 05-02-573 PROYECTO 298 y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código 05-02-581 PROYECTO 242.

CLÁUSULA QUINTA: La Jornada de trabajo será por turnos de seis horas de lunes a viernes, turnos que serán rotativos, establecidos por **EI CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

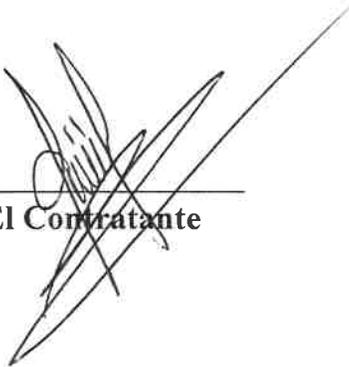
CLÁUSULA OCTAVA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO. Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones:

- 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**.

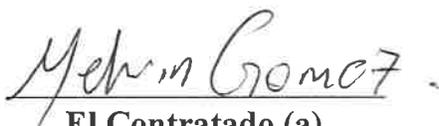
CLÁUSULA NOVENA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante

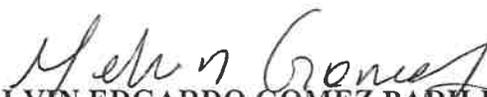


El Contratado (a)

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 12-A-2020. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.


MELVIN EDGARDO GOMEZ PADILLA

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 12-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre 2020.

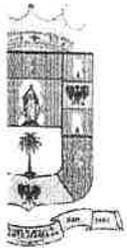

MELVIN EDGARDO GOMEZ PADILLA

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 12-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.


MELVIN EDGARDO GOMEZ PADILLA



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.amcomayagua.com

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle al Auxiliar de Enfermería **MELVIN EDGARDO GOMEZ PADILLA**, quien ha sido contratado a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, la cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

CARLOS MIRANDA

Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Merly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo ✓

266

CURRICULUM VITAE

DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: MELVIN EDGARDO GÓMEZ PADILLA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: COMAYAGUA, 20 DE FEBRERO DE 1994

NACIONALIDAD: HONDUREÑO

ESTADO CIVIL: SOLTERO

IDETIDAD No. 0301-1994-01318

DOMICILIO: BO. SAN FRANCISCO, LA JOYA COMAYAGUA.

TELEFONO: 2772-2714
CEL. 9930-2067

ESTUDIOS REALIZADOS:

EDUCACION PRIMARIA: Escuela **FRAY JUAN DE JESÚS ZEPEDA**
2001 a 2006 de Comayagua

EDUCACION SECUNDARIA: Instituto "**PRIVADO COMAYAGUA**"
2007 a 2012 Comayagua.

PRACTICA REALIZADA: **LABORATORIO CLINICO "CLINILAB"**

TITULO OBTENIDO: **Técnico Bachiller en Computación.**

CURSO REALIZADO: **Formación de Auxiliar de Enfermería**
Agencia Donwell, Comayagua

PRÁCTICA REALIZADA: Actualmente culminando servicio social
en CIS. Dr. NAPOLEÓN BOGRAN,
Comayagua

265 /

Charla y Talleres Recibidos

Charla sobre la Problemática en la Adolescencia, impartida por La Iglesia AMOR VIVIENTE.

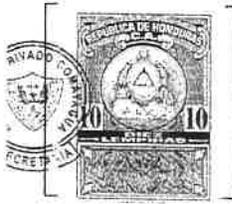
"TALLER DE EMPLEABILIDAD, impartido por la Licenciada ROSA ALEJANDRA, en CENET.

REFERENCIAS PERSONALES

Dra. Melissa Alvarado Hernández
Doctora en Microbiología
Cel. 9564-8604

Dr. Edwin Padilla
Medico y cirujano en medicina general
Cel. 9990-0579

Dra. Ana Dolores Hernandez Melara
Microbiologa y Gerente Propietaria Laboratorios Clinilab
Cel. 9495-4596
Tel. 2772-0757



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

“Poeta Roberto Sosa”

La Director (a) de Instituto Privado Comayagua de Comayagua Departamento Comayagua

Por Cuanto: Le confiere a
Melvin Edgardo Gómez Padilla

El Grado de **Técnico en Computación**

El día 26 del mes de Noviembre del dos mil Doce

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

Director (a) del Establecimiento

El (La) Secretario (a) de **Instituto Privado Comayagua** deja constancia de haber registrado este Título bajo el N°. 4684 Folio 289 del libro N°. 04 el día 27 de Noviembre de 2012

Secretario (a) del Establecimiento

El (La) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de Comayagua deja constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N°. 29765, año 2012 Fecha de aprobación 14 de Noviembre del 2012 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N°.

1.4 Reg. 29765 Folio 945
Lugar y Fecha Comayagua, 28 de Noviembre del 2012

Dirección Deptal. de Educación

Por Tanto:

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

Técnico en Computación

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

Dado en Comayagua el día Veintiocho del mes de Noviembre del dos mil Doce

Director (a) Departamental de Educación

He Z



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

"Poeta Roberto Sosa"

La Director (a) de Instituto Privado Comayagua de Comayagua Departamento Comayagua

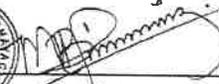
Por Cuanto: Le confiere a

Melvin Edgardo Gómez Padilla

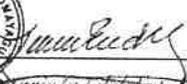
El Grado de Bachiller en Ciencias y Letras

El día 26 del mes de Noviembre del dos mil Doce

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


Director (a) del Establecimiento

El (La) Secretario (a) de Instituto Privado Comayagua deja constancia de haber registrado este Título bajo el N.º 4898 Folio 307 del libro N.º 04 el día 27 de Noviembre de 2012


Secretario (a) del Establecimiento

El (La) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de Comayagua deja constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N.º 30082 Año 2012 Fecha de aprobación 14 de Noviembre del 2012 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º 14 Reg. 30082 Folio 956

Lugar y Fecha Comayagua 28 de Noviembre del 2012



Dirección Deptal. de Educación

Por Tanto:

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

Bachiller en Ciencias y Letras

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

Dado en Comayagua el día Veintiocho del mes de Noviembre del dos mil Doce




Dirección Departamental de Educación

262



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

MELVIN EDGARDO / GÓMEZ PADILLA



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL : 28 FEBRERO 1994
SEXO : MASCULINO
EMITIDA EL : 06 DICIEMBRE 2012



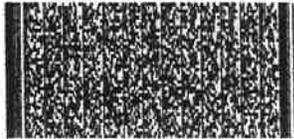
0301-1994-01318



14158210-01

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.

[Signature]
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0801

MELVIN EDGARDO / GÓMEZ PADILLA

0301-1994-01318



DONWELL

PROMOCION 2018-2019

OTORGA

EL PRESENTE CERTIFICADO

A

MELVÍN EDGARDO GOMEZ PADILLA

Por aprobar la capacitación teórica-práctica del curso para la formación de

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Comayagua, Comayagua, 05 de abril del 2019


Dra. Donna P.
Directora




M.C. Zulema Perdomo
Docente





DONWELL

CONSTANCIA

Por este medio la suscrita Directora de **DONWELL** hace constar que nuestro estudiante del curso para la formación de **Auxiliar de Enfermería: MELVIN EDGARDO GÓMEZ PADILLA**, con Identidad No. 0301-1994-01318 ha finalizado satisfactoriamente el servicio social del curso realizado en **CIS NAPOLEÓN BOGRAN** del municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua. Actualmente el diploma está en trámite de firmas.

Para los fines que al interesado convenga se extiende la presente a los diez días del mes de julio del dos mil veinte.

The image shows a handwritten signature in black ink, which appears to be "Donna". To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text "AGENCIA DE SERVICIO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA" around the top edge, "DONWELL" in the center, and "COMAYAGUA" at the bottom. There is also a small graphic of a building or structure within the stamp.

Lic. Donna Powell
Directora

"La calidad de la atención descansa en el recurso humano. El recurso humano se fortalece con la capacitación"

Comayagua: Residencial La Castellana, barrio abajo, una cuadra al oeste del edificio Proval. Tel. 27724961; 9450 1039;
94-83-73-53 agenciadonwell@hotmail.com

239



CIS. NAPOLEON BOGRAN

Col. Morazan Comayagua, Comayagua



CONSTANCIA

Por este medio se da fe que el joven auxiliar de enfermería de la escuela **Domwell Melvin Edgardo Gómez Padilla** con numero de identidad **0301-1994-01318** ha culminado su servicio social, comenzando el 22 de abril del 2019 y terminando el 22 de junio del 2020 desempeñando con excelencia ,funciones de atención directa ,administrativas y otras demostrando buena presentación, respeto , puntualidad ,honestidad ,desarrollando acciones innovadoras y la importancia en prestar apoyo en esta situación de pandemia por COVID-19

Para los fines de quien interesa se firma la presente en la ciudad de Comayagua a los 22 días del mes de junio del 2020



Lic. Yeny Aguilar
Supervisora / CIS Napoleon Bográn



REGION DEPARTAMENTAL DE SALUD Nº.3
COMAYAGUA, COMAYAGUA
Tel: 2772- 0137
E-mail:regiondesaludcomayagua@yahoo.com
Comayagua, Comayagua

CONSTANCIA

La Suscrita Jefe de la Región de Salud Nº 3, de Comayagua, **DRA. DOLORES DEL CARMEN ORTEGA**, por este medio **HACE CONSTAR QUE:** El A/E **Melvin Edgardo Gómez Padilla**, con **Identidad Nº. 0301-1994-01318**, de la Agencia de Servicios Profesionales de enfermería (**DONWELL**), finalizo su Servicio Social en el **CESAMO "NAPOLEON BOGRAN"**, del municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua, durante el periodo del 22 de Abril 2019 al 22 de Junio 2020.

Y para los fines que al interesado convenga, se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua, a los Dos días del mes de Junio del 2020.


DRA. DOLORES DEL CARMEN ORTEGA
Jefe Región Departamental de Salud
Comayagua



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 273511

N° 000273511

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE
 MELVIN EDGARDO GOMEZ PADILLA
 0301-1994-01915

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
27/05/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 20.00



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE _____

MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA

SOLVENCIA N°

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA
 PAGADO SUS IMPUESTOS MUNICIPALES CORRESPONDIENTES,
 EN BASE A LO ESTIPULADO EN EL ART. 77 DE LA LEY DE
 MUNICIPALIDADES VIGENTE, SIN PERJUICIO DEL IMPUESTO
 ADICIONAL QUE PUEDA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS
 DECLARACIONES

256.



CONSTANCIA

Por este medio hago constar que conozco al joven Melvin Edgardo Gómez Padilla con número de Identidad 0301-1994-01318 caracterizándose por ser una persona honrada, respetuosa, responsable y puntual.

Para los fines que el interesado estime conveniente se le extiende la presente en la Ciudad de Comayagua a los 27 días del mes de mayo del año 2020.

Dra. Ana Hernández Melara
Gerente Laboratorios Clinilab
Tel: 2772-2811

LABORATORIOS CLINILAB
CALLE 15 N. 1000
C. A. 22000
COMAYAGUA, C. H. 22000

255

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No. 13-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará al **patrono al señor(a) GRECIA MARIA MEDINA MARTINEZ** identidad **0301-1993-01345** solvencia municipal No. 275530, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **AUXILIAR EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Seguimiento de casos confirmados por laboratorios y sus contactos.
2. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
3. Realizar la búsqueda activa de casos sospechosos por COVID-19 y sus contactos.
4. Llevar el registro de los casos sospechosos de COVID-19 en listado.
5. Coordinar actividades de respuesta rápida con organizaciones de base comunitaria.
6. Notificación de casos dentro de las 24 horas de conocido caso, mediante ficha de notificación.
7. Identificar informante claves en las comunidades para la búsqueda activa de contactos y casos sospechosos.
8. Mapeo de zonas intervenidas y/o los grupos de riesgo como ser pacientes con enfermedades crónicas, mayores de 60 años, embarazadas.
9. Realiza una búsqueda casa a casa de casos nuevos, a través de una lista de chequeo.
10. Visita domiciliaria a pacientes de acuerdo a las actividades determinadas en el plan.
11. Buscar pacientes sospechosos de COVID-19 a nivel comunitario, que habían estado siendo monitoreados vía telefónica y no hay respuesta.
12. Entrega de medicamentos.
13. Brindar las medidas de control, manejo y prevención del COVID-19 en los hogares y las comunidades.

14. Verificar que los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 cumplen el autoaislamiento y las medidas de prevención.
15. Realizar visita domiciliar a los contactos identificados de acuerdo con la línea de tiempo del periodo de transmisibilidad de COVID-19.
16. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses d contados a partir **del 10 de agosto, 2020 finalizando,10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de **L. 37,800.00 (TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS). 100/100**, que corresponde a un salario mensual de **L. 12,600.00 (DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS) 100/100.** Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras **05-02-573 PROYECTO 298** y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código **05-02-581 PROYECTO 242.**

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

288

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020


El Contratante


El Contratado (a)

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 13-A-2020. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.



GRECIA MARIA MEDINA MARTINEZ

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 13-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, **2020**.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.


GRECIA MARIA MEDINA MARTINEZ

RECIBO POR L. 12,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRASLEMPIRAS (L. 12,600.00)**, por trabajo temporal como Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 13-A-2020**. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.


GRECIA MARIA MEDINA MARTINEZ



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.comayagua.gub.hn

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle a la Auxiliar de Enfermería **GRECIA MARIA MEDINA MARTINEZ**, quien ha sido seleccionada a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, el cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

CARLOS MIRANDA

Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Merly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

Carlos Miranda

283

Curriculum vitae



.I Datos personales:

- *Nombre completo:** Grecia María Medina Martínez.
- *Cedula de identidad:** 0301-1993-01345.
- *Estado civil:** Soltera.
- *Nacionalidad:** Hondureña.
- *Fecha de nacimiento:** 06-marzo 1993.
- *Domicilio actual:** Barrió Lourdes Comayagua.
- *Teléfono:** 88153123 -27729951.
- *Profesión u oficio:** Bachiller en ciencias y letras –auxiliar
De enfermería

II. formación académica

- *Estudios primarios:** Escuela privada Eben Ezer Comayagua
- *Estudios secundarios:** Instituto Valladolid Comayagua
- *Titulo obtenido:** Bachiller en ciencias y letras

.III. Cursos obtenidos:

- *auxiliar de enfermería:** Escuela de enfermería Donwell
- *curso de ingles:** América english center
- *repostería profesional:** Cecacopro

IV. Referencias personales:

- 1. Doc. Manuel Herrera cel.99119671**
- 2. Abogado. German Silva cel.96139309**

Habilidades y destrezas

- Capacidad para tomar decisiones**
- Facilidad para trabajar en equipo**
- Persistencia y constancia para obtener resultados deseados**
- Capacidad de comunicación**



Promoción

Profesor Sir Salvador Aloncada

El Director (a) de Instituto Tecnológico Valladolid de Comayagua Departamento Comayagua

Por Cuanto: Se confiere a

Grecia Maria Medina Martinez

El Grado de Bachiller en Ciencias y Letras por Madurez

El día 11 del mes de Diciembre del dos mil Trece

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

Director (a) del Establecimiento

El (la) Secretario (a) de Instituto Tecnológico Valladolid deja constancia de haber registrado este Título bajo el N. 170 Folio 11 del libro N. 01 el día 11 de Diciembre de 2013

Secretario (a) del Establecimiento

El (la) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de Comayagua deja constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N. 004726, año 2013 Fecha de aprobación 11 de Diciembre 2013 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.

2 Reg. 004726 Folio 190

Lugar y Fecha Comayagua 11 de Diciembre de 2013



Dirección Deptal. de Educación

Por Tanto:

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

Bachiller en Ciencias y Letras por Madurez

Para que sea habida y tenido por tal y goce de los derechos que le corresponden

Dado en Comayagua el día Once del mes de Diciembre del dos mil Trece

Director (a) Departamental de Educación

280

GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DE HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD

CONSTANCIA

Yo, **Reina Saravia, Jefe de Enfermería y Directora por ley del CIS Enmanuel de la Colonia Escoto de Comayagua.**

Por medio de la presente hago constar que:

El Señor Cerecia Mario Medina Martinez

habiendo demostrado capacidad en la labor que se le había encomendado como ser Auxiliar de Enfermería en Servicio Social demostrando honradez, puntualidad y responsabilidad en su trabajo, en el periodo comprendido de 13 Agosto 2018 al 14 Agosto 2019

Y para los fines que el estimado estime conveniente se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua a los 21 días del mes de Agosto del año 2019.

Lic. Reina Saravia
Jefe de Enfermería y Directora
Por Ley del CIS Enmanuel
Colonia Escoto, Comayagua
9969-8824



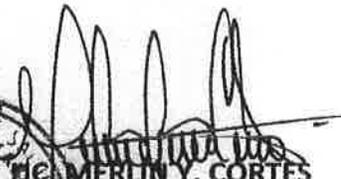
[Handwritten signature]
Dra. Vanya Lopez
Jefatura CIS Enmanuel



C O N S T A N C I A

La suscrita, Directora de la Red Municipal de Salud, dependiente de la Región Departamental de Salud, por este medio HACE CONSTAR QUE: GRECIA MARIA MEDINA MARTINEZ, con Tarjeta de Identidad No. 0301-1993-01345, realizo servicio social de Auxiliar de Enfermería en la unidad de salud Emmanuel de esta ciudad, durante el periodo del 13 de agosto del 2018 al 14 de agosto del 2019.

Para los fines que a la interesada convenga, extendiendo la presente en la ciudad de Comayagua, a los veintitrés días del mes de agosto del año dos mil diez y nueve.



M.C. MERLIN Y. CORTES
DIRECTORA RED MUNICIPAL DE SALUD

Cc: Archivo.

Laboratorio Clínico



Calidad, Servicio y Precisión en sus análisis Clínicos

NOMBRE: GRECIA MARIA MEDINA MARTINEZ

EDAD: 26 AÑOS **SEXO:** F

EXAMEN: VDRL ó RPR

RESULTADO: NO REACTIVO

FECHA: 16-09-2019

Valido por 6 meses

Tel: 2772-0996


Microbióloga Responsable

REPÚBLICA DE HONDURAS
PODER JUDICIAL
CONSTANCIA
TRABAJO



No. 580991

VALOR: L. 150.00

EMITIDA: 10/10/2019 EN: COMAYAGUA, COMAYAGUA

NOMBRES: GRECIA MARIA

APELLIDOS: MEDINA MARTINEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0301199301345

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 06/03/1993

DOMICILIO: BARRIO LOURDES, COMAYAGUA, COMAYAGUA.

VIGENCIA POR SEIS(6) MESES

El Infrascrito Titular de la Unidad de Antecedentes Penales, hace constar que a la Fecha de emisión de la presente Constancia y conforme a los Registros del Sistema de Antecedentes Penales:

***** NO TIENE ANTECEDENTES PENALES *****



NORMA LIZETH CASCO RODAS
COORDINADOR(A)
UNIDAD DE ANTECEDENTES PENALES
* VALIDO A NIVEL NACIONAL *

274



CECACOPRO

Centro de Capacitación en Repostería Profesional.



Organa el Presente

Diploma

“Águila al Intelecto”



A. Grecia María Medina Martínez

Por Su Participación en el Seminario Intensivo de:

Repostería Profesional

Honduras C.A. A los 14 días del Mes de Agosto del Año 2015

M. Sant

Maestro



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

GRECIA MARIA / MEDINA MARTINEZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 06 MARZO 1993
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 30 JULIO 2011

0301-1993-01345

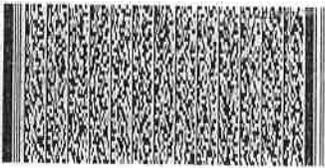


00132140-03

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 0301
GRECIA MARIA / MEDINA MARTINEZ
0301-1993-01345

274



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES. **275530**

N° **000275530**

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE
GRECIA MARIA MEDINA MARTINEZ
 0301-1993-01345

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
11/08/20	31/12/2020	2019

Valor Pag. **70.80**



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE _____

FORMULARIOS STANDARD S.A. P.M. 1601998907716 TEL: 2221-4821 2286-5726 2234-9098 FAX: 2221-4822 TELECOMUNICACIONES

SOLVENCIA N°

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA PAGADO SUS IMPUESTOS MUNICIPALES CORRESPONDIENTES, EN BASE A LO ESTIPULADO EN EL ART. 77 DE LA LEY DE MUNICIPALIDADES VIGENTE, SIN PERJUICIO DEL IMPUESTO ADICIONAL QUE PUEDA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS DECLARACIONES.

273

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
014-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **Patrono al señor(a) ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY** identidad **0801-1993-06437** solvencia municipal **No. 275545**, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **LICENCIADO EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Toma de muestras: confirmar más casos mediante PCR-RT
2. Búsqueda y ubicación de caso confirmado: caso confirmado por laboratorio.
3. Seguimiento de casos: asegurar cortar cadena de transmisión.
4. Búsqueda de contactos: identificar casos
5. Tamizaje: detectar de manera precoz de brotes con pruebas rápidas.
6. Tratamiento: iniciar de manera oportuna el tratamiento según lineamientos.
7. Traslado de enfermos: implementar las medidas de control.
8. Seguimiento y monitoreo: sobre situación de salud y entrega de resultados.
9. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
10. Coordinar los medios de transporte de muestra en tiempo y forma.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses d contados a partir **del 14 de agosto, 2020 finalizando,10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico 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 monto de este contrato es la cantidad de L. 51,600.00 (CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS). 100/100, que corresponde a un salario mensual de L. 18,000.00 (DIECIOCHO MIL LEMPIRAS) 100/100. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras 05-02-573 PROYECTO 298 y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código 05-02-581 PROYECTO 242.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado

RECIBO POR L. 15,600.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **QUINCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 15,600.00)**, por trabajo temporal como licenciatura de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 14-A-2020. Correspondiente al 14 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.



ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY

RECIBO POR L. 18,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DIECIOCHO MIL LEMPIRAS (L. 18,000.00)**, por trabajo temporal como licenciatura de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 14-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.



ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY

RECIBO POR L. 18,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DIECIOCHO MIL LEMPIRAS (L. 18,000.00)**, por trabajo temporal como licenciatura de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 14-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.


ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.amcomayagua.com

13 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3

Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle al Licenciado en Enfermería **ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY**, quien ha sido seleccionada a partir del viernes 14 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, la cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

CARLOS MIRANDA

Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Merly Yohany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

KGRL - Claudia R...
17-8-2020



Recibido
Lic Sandoval
17-8-2020

315

Chodry/Dirección
17/08/2020

ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY

ANTECEDENTES PERSONALES:

No. Identidad: 0801-1993-06437

Fecha de Nacimiento: 23 marzo de 1993

Dirección: Col. Bella Vista, frente a la Iglesia de Dios Casa del Reino.

Nacionalidad: Hondureña

RTN: 08011993064372

Estado Civil: Soltero

Teléfono: 9885-1702

E-Mail: enriquelopez1993@yahoo.com



ANTECEDENTES ACADÉMICOS

2020: Licenciatura en Enfermería "UNAH-TEC, Danlí El Paraíso".

2009 – 2010: Bachiller en ciencias y letras "Instituto Departamental de Oriente (IDO)" Danlí El Paraíso".

314

CURSOS Y SEMINARIOS

- Participación en el primer congreso estudiantil de enfermería.
- Participación en el segundo congreso infantil de enfermería.
- Apoyo a la jornada de vacunación contra la influenza estacional.
- Reconocimiento de excelencia académica (UNAH).
- Jornada de lactancia materna.
- Participación en el cuarto congreso estudiantil de enfermería.
- Participación en el sexto congreso estudiantil de enfermería.
- Constancia de finalización de 40 horas de la carrera de enfermería.
- Participación en el sexta campaña de vacunación de seguimiento contra el sarampion y la rubeola.
- Participación en la jornada nacional de vacunación y desparasitación.

Experiencias laborales

- Realización del socia, en el CIS La Granja, La Paz, La Paz, 22 de noviembre del 2018---21 de noviembre 2019 .
- Custodio electoral y operador tecnico, marzo 2017.
- Custodio elevtoral y operador tecnico, noviembre 2017.

Curriculum Vitae

VALORES PERSONALES

- Ética
- Responsable
- Comprometido
- Respetuoso
- Honradez
- Colaborador

DATOS DE INTERES

- Disponibilidad de horario
- Posibilidad de incorporacion inmediata
- Disponibilidad para viajar
- Trabajar bajo presion

REFERENCIAS PERSONALES

- Lic. Nineth Alely Mendoza Flores CIS ARAMECINA ,Valle 32159568
- Lic. Fany Hernandez Instituto Departamental de Oriente 98580134
- Lic. Margie Zelaya Coordinadora de ECOR, La Paz 95905710

3/2



**UNAH-TEC
DANLÍ**
CENTRO TECNOLÓGICO
UNIVERSITARIO DANLÍ

Tel: 2763-9900

CONSTANCIA DE EGRESADO

La suscrita coordinadora de la Carrera de Licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional Autónoma De Honduras, Tecnológico Danlí (UNAH TEC- DANLÍ) hace constar que:

ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY registrado con número de cuenta: **20122500239**, ha aprobado las 42 asignaturas que corresponden al plan de estudios de la Carrera de Licenciatura en Enfermería y su último año de Servicio Social.

Actualmente está realizando trámites para la obtención de su título para optar al grado de Licenciado en Enfermería.

Y para los fines que convenga al interesado se le extiende la presente en la Ciudad de Danlí, El Paraíso, a los 04 días del mes de febrero de 2020.



MSc. ONDINA MARIBEL SALGADO SEVILLA
Coordinadora de la Carrera de Enfermería
UNAH – TEC DANLÍ

C.C. Archivo

311

CONSTANCIA

La suscrita Jefa de la Región Sanitaria Departamental La Paz, por medio de la presente hace constar que el Licenciado en Enfermería: **ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY**, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras asignado al **CIS La Granja, Departamento de La Paz**, realizo su Servicio Social en un periodo comprendido **del 22 de noviembre 2018, al 21 de noviembre 2019**, cumpliendo con los siguientes programas de la Secretaria de Salud:

- ATENCION DIRECTA
- DOCENCIA
- ADMINISTRATIVO
- INVESTIGACION

Y para los fines que el interesado estime conveniente se extiende la presente en la Ciudad de La Paz, a los 29 días del mes de noviembre del año 2019.



Dra. Nora Lizeth Antúñez Acosta
Jefe Región Sanitaria La Paz



CONSTANCIA

La suscrita Enfermera del ECOR La Paz- Cane, por medio de la presente hace constar que **ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY** con número de cuenta **20122500239** realizo su servicio social en el municipio de La Paz, La Paz durante el tiempo comprendido del 22 de noviembre 2018 al 21 de noviembre 2019 cumpliendo satisfactoriamente con responsabilidad sus actividades encomendadas.

Y para los fines que la interesada estime conveniente, se le extiende la presente en la ciudad de La Paz, a los 29 días del mes de noviembre del año 2019.

A continuación se detallan las funciones en las cuales se desempeñara.

ATENCION DIRECTA

- Detección de Cáncer Cervico Uterino
- Atención a pacientes según Programa de la Secretaria de Salud
- Realización de visitas domiciliarias
- Curaciones, aplicación de inyecciones, vacunas, infusión de medicamentos.
- Participación en Brigadas Médicas y Ferias de La Salud

DOCENCIA

- Promoción y mantenimiento de la salud
- Educación continua al personal de salud
- Elaboración de Murales Educativos como Tuberculosis, PAI, Jornada de Desparasitación, VIH.

ADMINISTRATIVO

- Revisión de Informes Mensuales de los diferentes Programas
- Organización y ejecución de reuniones con auxiliares de enfermería y médicos en servicio social.
- Participación en la elaboración de Metas Físicas, Plan Operativo Anual.
- Participar y apoyar las reuniones de trabajo con el personal de las unidades de salud asignadas.
- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar las actividades del servicio de enfermería



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

Poeta "Froylán Turcios"

El Director (a) de Instituto Departamental de Oriente de

Danlí Departamento El Paraíso

Por Cuanto: Le confiere a

Enrique Reptali López Godoy

El Grado de **Bachiller en Ciencias y Letras**

El día 22 del mes de Noviembre de dos mil diez

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



El (La) Secretario(a) de Instituto Departamental de Oriente deja constancia de haber

registrado este Título bajo el N.º 56 Folio 19 del libro I el día 23 de

Noviembre de 2010



El (La) Secretario(a) de la Dirección Departamental de Educación de El Paraíso deja

constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N.º 2077 Año 2010 Fecha de aprobación 19 noviembre de 2010 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º

02 Reg. 8638 Folio 120

Lugar y Fecha Puscarán, El Paraíso, 25 de noviembre, de 2010



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

El Paraíso

y en uso de la facultad que le confieren los Artículos 189 de la Ley Orgánica de Educación y el 1 del Decreto Legislativo N.º 162-96 extiende el presente Título de:

Bachiller en Ciencias y Letras

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

Dado en Puscarán el día 25 del mes de noviembre de dos mil diez



Director (a) Departamental de Educación

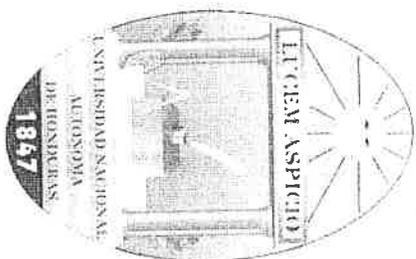
308

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

UNAH - TEC / DANLI EL PARAISO

Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Enfermería

306



OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO

A: Enrique Webster Lopez

POR SU PARTICIPACIÓN EN EL I CONGRESO ESTUDIANTEL DE ENFERMERIA,
PRINCIPIOS Y VALORES DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Danlí, El Paraíso, 10 de Mayo de 2013

Coraile Beaumont
Licda. Coraile Beaumont
Catedrática Ejercicio Profesional UNAH - TEC Danlí

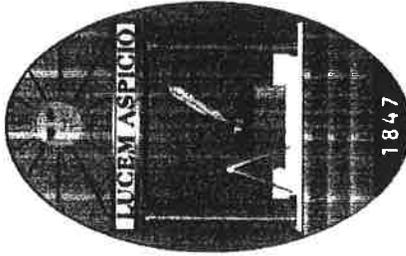
Silvia Antunez
Licda. Silvia Antunez
Catedrática Ejercicio Profesional UNAH-TEC, Danlí



Silvia Zuniga
Licda. Silvia Zuniga
Coordinadora de la Carrera de Enfermería UNAH - TEC, Danlí

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
UNAH - TEC /DANLI EL PARAÍSO**

Facultad De Ciencias Medicas
Departamento De Enfermeria



**OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO DE
RECONOCIMIENTO**

Enrique Teptali Lopez

A:

**POR SU PARTICIPACIÓN EN EL II CONGRESO ESTUDIANTIL DE ENFERMERÍA
RETOS Y DESAFIOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

DANLI, EL PARAISO, 6 DE JUNIO DE 2014



Silvia Zuniga
**LICDA SILVIA ZUNIGA
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
Y LICENCIATURA DE EJERCICIO PROFESIONAL
UNAH - TEC DANLI**

**COORDINADOR DE CARRERA
LIC. ENFERMERIA
UNAH-TEC-DANLI**

305

304



CONSULTA EXTERNA
DIPLOMA DE APOYO EN LA JORNADA DE VACUNACION
CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL

[Handwritten signature]

DANTIL 14 DE NOVIEMBRE DEL 2014

A "CAROLINE FORTAL ROPEZ"

Se le otorga el presente Diploma

Consulata Externa Hospital Gabriela Abarca



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
VICERRECTORÍA DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS
ESTUDIANTILES**

Otorga el presente diploma a:

ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY

**EN RECONOCIMIENTO POR SU EXCELENCIA ACADÉMICA OBTENIDA
DURANTE EL AÑO 2016 EN LA CARRERA DE:**

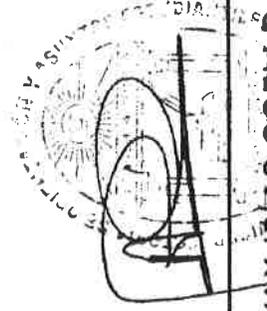
Enfermería

Danlí, julio 2017



Julietta Castellanos

**JULIETA CASTELLANOS
RECTORA**



**AYAX IRIAS COELLO
VICERRECTOR DE ORIENTACIÓN
Y ASUNTOS ESTUDIANTILES**

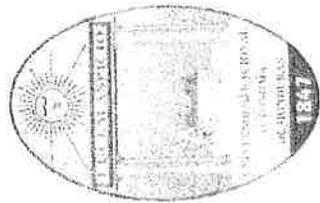
303



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Universidad Nacional Autónoma de Honduras

UNAH-TEC .Danlí

Laboratorio Millex

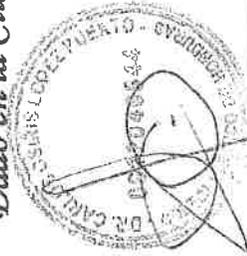


Diploma de Participación

A: Enrique Neptali López Godoy

En Calidad de Asistente a la Jornada de Lactancia Materna

Dado en la Ciudad de Danlí, Departamento de El Paraíso a los 22 días del mes de abril del 2016

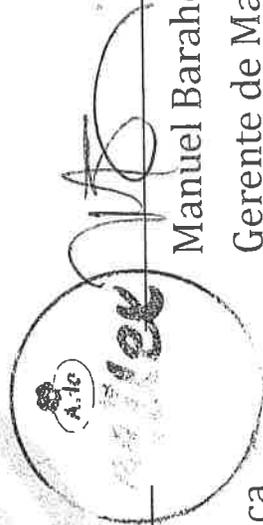


MSc. Carlos López

Docente UNAH-TEC-DANLÍ

Dra. Sandra Cruz

Gerente de Visita Medica



Manuel Barahona

Gerente de Marca

Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH-TEC-DANLI

Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Enfermería

Otorga A:

Enrique Nephtali López Godoy

Diploma de Reconocimiento

Por su participación en el IV Congreso Estudiantil de Enfermería
"Educar es enseñar al hombre a ser, saber y hacer."

Danlí, El Paraíso

13 de Mayo 2016



[Signature]
Directora
UNAH-TEC-DANLI
DIRECCION



[Signature]
Coordinadora de la Carrera

301

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

UNAH-TEC DANLI

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

LUCEM ASPICIO

Carga en

Enrique Cepitali López Gudoy

Diploma de Reconocimiento

Por su participación en el VI Congreso Estudiantil de Enfermería
UNIVERSIDAD "Licda. Sylvia de Jesús Zúñiga Varela"
Licenciado en Enfermería Profesión, Ciencia, Valores y Alta Calidad Humana
DE HONDURAS
Con una duración de 12 horas

Realizado en Danli, El Paraíso a los 11 días del mes de Mayo de 2018.

[Signature]
Msc. Carleé García
Directora
UNAH-TEC DANLI
DIRECCIÓN

[Signature]
Msc. Olimaria Salgado
Coordinadora Depto. de Enfermería
UNAH-TEC DANLI



COORDINADORA
LCS. ENFT
UNAH-TEC DANLI



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

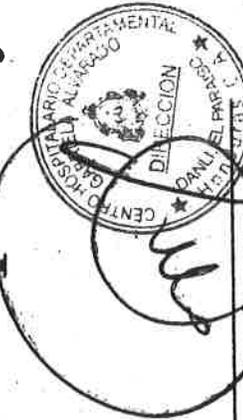


SECRETARÍA DE SALUD

Reconocimiento

A: Enrique Neptali Lopez

Por su participación en la VI campaña de vacunación de seguimiento contra el sarampión y la rubeola (CVSSR) 2016 en la C.E.H.C.A



Dr. Gonzalo Maradiaga
Director del H.R.G.A



Dra. Lilian Jeannette Castro
Jefe de la C.E.H.G.A



Licda. Gladys Fonseca
Jefe de Enfermería de la C.E.H.G.A

Diploma

798



GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DE HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD

De Reconocimiento A:

Enrique López

Por su valiosa participación en la Jornada
Nacional de Vacunación y Desparasitación

Amable Rivas

Dra. Jeannette Casco

Directora C.E. H.G.A



Alfreda Fonseca

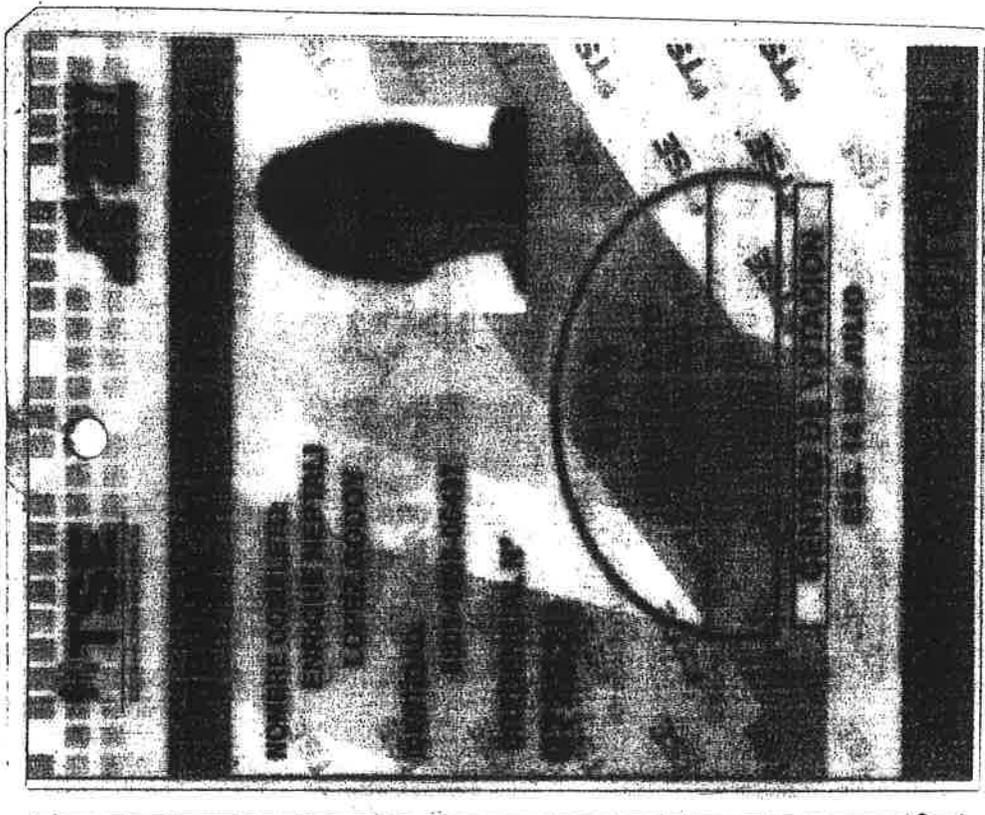
Licda. Gladys Fonseca

Jefe de Enfermería C.E. H.G.A



Se solicita a los miembros del Club de Golf y a los socios de la Asociación de Golfistas de la zona de San Juan de los Rios, que en caso de sufrirlo favor reportar al número 2220-2104, 2220-0167.

VALIDO HASTA 27-11-2017



297

Se instruye a las autoridades militares prestar toda su colaboración al portador de esta credencial.

Se ruega a los miembros AMER y todas las autoridades civiles prestar su colaboración al portador de la presente.

En caso de extraviado favor reportarlo al 2288-2496

Válido hasta 13/03/2017







ENRIQUE MONTALI
 LUIS E. CHODRY
 N° MONTALDI
 0801-1503-08437
 Presidente de
91202756

294



No. 000533

REPÚBLICA DE HONDURAS
PODER JUDICIAL
CONSTANCIA
ESTUDIOS

EMITIDA: 19/07/2018 EN: DANLÍ, EL PARAÍSO

NOMBRES: ENRIQUE NEPTALI

APELLIDOS: LOPEZ GODOY

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0801199306437

SEXO: Masculino

FECHA DE NACIMIENTO: 23/03/1993

DOMICILIO: COLONIA BELLA VISTA, DANLÍ EL PARAÍSO

VIGENCIA POR SEIS(6) MESES

El Infrascrito Titular de la Unidad de Antecedentes Penales, hace constar que a la Fecha de emisión de la presente Constancia y conforme a los Registros del Sistema de Antecedentes Penales:

***** NO TIENE ANTECEDENTES PENALES *****



NORMA LIZETH CASCO RODAS
COORDINADOR(A)
UNIDAD DE ANTECEDENTES PENALES
* VALIDO A NIVEL NACIONAL *

295

COMPRUEBE LA AUTENTICIDAD DE ESTE DOCUMENTO, VERIFICANDO LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE SEGURIDAD.
* PAPEL DE SEGURIDAD CON MARCA DE AGUA, VERIFICABLE A CONTRA LUZ, APARECERÁ UNA M ESPARCIDA EN TODO EL PAPEL.
* LOGOTIPOS EN TINTA INVISIBLE, VERIFICABLES CON LUZ ULTRAVIOLETA.
* FIBRILLAS DE SEGURIDAD EN LAS DOS CARAS DE LA CONSTANCIA CON EFECTOS BAJO LUZ ULTRAVIOLETA.





República de Honduras
 Servicio de Administración de Rentas
 Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 28/01/2019

RTN: 08011993064372

ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY

Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	<input type="checkbox"/>	Productores Importadores de Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/>	Productores Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Exportador	<input type="checkbox"/>	Distribuidor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Imprentas	<input type="checkbox"/>	Importador Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Prestamista	<input type="checkbox"/>		

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.


 Ministro Director

  **SAR**

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 3110689

Transacción: 498056

794



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

ENRIQUE NEPTALI / LOPEZ GODDY



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL: 23 MARZO 1993
SEXO: MASCULINO
EMITIDA EL: 31 ENERO 2017



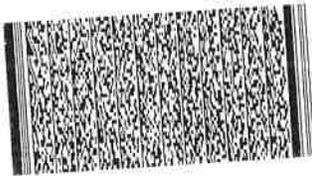
0801-1993-06437



12946682-02

ARTICULO 81 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 0703

ENRIQUE NEPTALI / LOPEZ GODDY
0801-1993-06437

R.T.N. 08019995368674

 **Banco Atlántida**

 **Banco Atlántida**

CONSTANCIA PARA PROVEEDORES DEL ESTADO

El Banco Atlántida S.A. hace constar que en nuestros registros de clientes figura:

Nombre: ENRIQUE NEPTALI LOPEZ GODOY

Cuenta #: 100120136468 **de:** Ahorros **Tipo de Documento:** TID **Con:** 0801199306437

Moneda: LPS **Nombre del País:** HONDURAS

Y para los fines pertinentes se extiende la presente constancia

26/07/18



Firma y Sello Autorizados

BANCO ATLANTIDA

FIRMA AUTORIZADA
BANCO ATLANTIDA, S.A.
SUCURSAL DANLI

2100785 REV. 11-16 IMP. 07-17

792

www.bancatlan.hn

REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE SALUD

7

Tarjeta de Salud

Imp. Auxiliar RTN 06051979024133 Tel.: 2763-1412

SERIE "A" No. 623927 Valor. Lps. 35.00

Nombre: Enrique Neptali Lopez Godoy

Tarjeta de Identidad No. 0801-1993 06437 Edad: 25 Sexo: M

RESULTADO No.

Examen de V.D.R.L. O.P.R. NO Reactivo

Examen de Sangre:

Tipo de Sangre:

Diagnostico:

Dependencia:

Lugar: Danli

Fecha: 26-07-2018

Dra. Dr. Margarita Ganga

Firma Original del Médico



NOTA: Los presentes resultados no son validos sin la firma Original del Médico, el sello de la Institución que lo emite.

VALIDA POR SEIS MESES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION

291



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275545

Nº 000275545



Valor Pto. 23.60



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA
PAGADO SUS IMPUESTOS MUNICIPALES CORRESPONDIENTES,
EN BASE A LO ESTIPULADO EN EL ART. 77 DE LA LEY DE
MUNICIPALIDADES VIGENTE, SIN PERJUICIO DEL EXAMEN DE SUS
DECLARACIONES.

SOLVENCIA Nº

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No. 15-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **patronato al señor(a) VASTI ATENA IRIAS FONSECA** identidad **0703-1991-01380** solvencia municipal No. **275529**, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **LICENCIADA EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Toma de muestras: confirmar más casos mediante PCR-RT
2. Búsqueda y ubicación de caso confirmado: caso confirmado por laboratorio.
3. Seguimiento de casos: asegurar cortar cadena de transmisión.
4. Búsqueda de contactos: identificar casos
5. Tamizaje: detectar de manera precoz de brotes con pruebas rápidas.
6. Tratamiento: iniciar de manera oportuna el tratamiento según lineamientos.
7. Traslado de enfermos: implementar las medidas de control.
8. Seguimiento y monitoreo: sobre situación de salud y entrega de resultados.
9. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
10. Coordinar los medios de transporte de muestra en tiempo y forma.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses d contados a partir **del 11 de agosto, 2020 finalizando, 10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico profesionales; por

350

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 monto de este contrato es la cantidad de L. 53,400.00 (CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS). 100/100, que corresponde a un salario mensual de L. 18,000.00 (DIECIOCHO MIL LEMPIRAS) 100/100. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras 05-02-573 PROYECTO 298 y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código 05-02-581 PROYECTO 242.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO. Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirise 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;

349

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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado

RECIBO POR L. 17,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DIESICIETE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS (L. 17,400.00)**, por trabajo temporal como licenciatura de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 15-A-2020**.
Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.



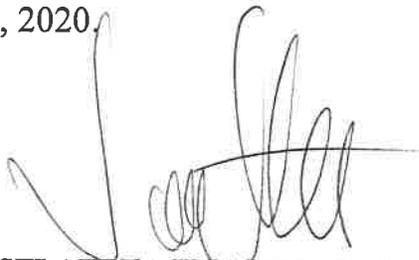
VASTI ATENA IRIAS FONSECA

347

RECIBO POR L. 18,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DIECIOCHO MIL LEMPIRAS (L. 18,000.00)**, por trabajo temporal como licenciatura de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 15-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.

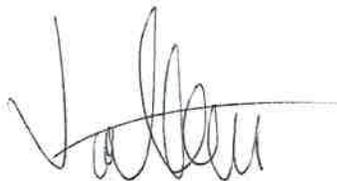


VASTI ATENA IRIAS FONSECA

RECIBO POR L. 18,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DIECIOCHO MIL LEMPIRAS (L. 18,000.00)**, por trabajo temporal como licenciatura de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 15-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.



VASTI ATENA IRIAS FONSECA



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028

Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.amcomayagua.com

10 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle a la Licenciada en Enfermería **VASTI ATENA IRIAS FONSECA**, quien ha sido seleccionada a partir del martes 11 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, la cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,



CARLOS MIRANDA
Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

Cc: Merly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

344

CURRICULUM VITAE



1. DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre completo: Vasti Atena Irías Fonseca
Identidad: 0703-1991-01380
Dirección: Danlí, El Paraíso, Colonia el Paisaje a la par de la Iglesia de Dios Pentecostal M.I
Celular: **98-74-75-32**
E-mail: **vasti1801@hotmail.com**
Estado civil: Soltera
Fecha de nacimiento: 18 de Enero de 1991

2. ANTECEDENTES ACADEMICOS

Título universitario: LICENCIADA EN ENFERMERIA

Universidad: UNAHEC-DANLI, DANLI, EL PARAISO, HONDURAS

Título obtenido: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS

Educación secundaria: INSTITUTO TOEDORO RODAS VALLE, DANLI EL PARAISO, HONDURAS

Año de Titulación: 2009

Educación primaria: ESCUELA GABRIELA MISTRAL, DANLI, EL PARAISO, HONDURAS.

Educación básica: CENTRO COMUNITARIO DE INICIACION ESCOLAR (CCIE) ALDEA EL PATASTE, DANLI, EL PARAISO

343

3. EXPERIENCIA LABORALES

Realización del social, en Concepción de Soluteca La Paz, La Paz, 22 Abril 2019 a el 22 Abril 2020.

Custodio electoral y operador técnico, Noviembre 2017

Custodio electoral y operador técnico, Marzo 2017

4. RECONOCIMIENTOS

2011 Certificado de seminario de oratoria impartido por INFOP con un total de 15 horas.

2014 reconocimiento de participación en la jornada de vacunación contra la influenza estacional.

2015 Reconocimiento de participación en la jornada Nacional de vacunación y desparasitación.

2015 Diploma de reconocimiento por su participación en el III Congreso Estudiantil de enfermería "Enaltecendo nuestra carrera de enfermería mediante la promoción, prevención y cuidados de la salud con calidad y calidez".

2016 Diploma de agradecimiento por participar en la feria de la salud en la aldea Araulí, El Paraíso, por los alumnos de enfermería y Salud familiar III sección 1500.

2016 Reconocimiento por excelencia académica obtenida en el año 2015 en la carrera de Enfermería.

2018 Diploma de reconocimiento por su participación en el VI Congreso Estudiantil de enfermería "Licda. Silvia de Jesús Zúñiga Varela".

2019 Diploma por su valiosa participación en el VII Congreso de Enfermería.

5. OTROS DATOS DE INTERES

Disponibilidad de Horarios

Posibilidad de incorporación inmediata

Disponibilidad para viajar

Trabajar bajo presión

Conocimiento de computación

6. REFERENCIAS PERSONALES

Lic Margie Zelaya

Celular 95905710

Lic. Zoar Irías

Celular: 33586161

Reverendo Raúl Irías

Celular: 98539491

AUTENTICA

La Infrascrita Secretaria General de la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud.-
CERTIFICA: Que es **AUTENTICA** la **CONSTANCIA** de fecha 23 de Abril del 2020, firmada por Dra. Nora Lizeth Antunez Acosta Jefe Región Sanitaria La Paz, donde hacen constar que **VASTI ATENA IRIAS FONSECA**, realizó su Servicio Social en Enfermería, en el CIS de Concepción de Soluteca, La Paz, Departamento de la Paz, durante el periodo comprendido del 22 de abril del 2019 hasta el 21 de abril del 2020, fotocopia del Acuerdo Ministerial No. 1197-2019 de fecha 03 de mayo del 2019 a favor de **VASTI ATENA IRIAS FONSECA**, Enfermera en Servicio Social, realizado en el CIS Santa Ana, Región Sanitaria No. 12, en el periodo comprendido del 22 de abril del 2019 al 31 de diciembre del 2019 y la fotocopia del Acuerdo Ministerial No. 214-2020 de fecha 19 de febrero del 2020 a favor de **VASTI ATENA IRIAS FONSECA**, Enfermera en Servicio Social, realizado en el CIS Santa Ana, Región Sanitaria No. 12, en el periodo comprendido del 01 de enero del 2020 al 21 de abril del 2020, el cual obra en los archivos que para tal efecto lleva esta Secretaría de Estado en el Despacho de Salud.- **De lo cual Doy Fe.**

Tegucigalpa, M.D.C. 09 de julio del 2020


ABOGADA SARA DEL CARMEN ALVAREZ SANCHEZ
SECRETARIA GENERAL



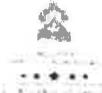
AUTENTICA

La Infrascrita Secretaria General de la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud.-
CERTIFICA: Que es **AUTENTICA** la **CONSTANCIA** de fecha 23 de Abril del 2020, firmada por Dra. **Nora Lizeth Antúnez Acosta** Jefe Región Sanitaria La Paz, donde hacen constar que **VASTI ATENA IRIAS FONSECA**, realizó su Servicio Social en Enfermería, en el CIS de Concepción de Soluteca, La Paz. Departamento de la Paz, durante el periodo comprendido del 22 de abril del 2019 hasta el 21 de abril del 2020, fotocopia del Acuerdo Ministerial No. 1197-2019 de fecha 03 de mayo del 2019 a favor de **VASTI ATENA IRIAS FONSECA**, Enfermera en Servicio Social, realizado en el CIS Santa Ana. Región Sanitaria No. 12, en el periodo comprendido del 22 de abril del 2019 al 31 de diciembre del 2019 y la fotocopia del Acuerdo Ministerial No. 214-2020 de fecha 19 de febrero del 2020 a favor de **VASTI ATENA IRIAS FONSECA**, Enfermera en Servicio Social, realizado en el CIS Santa Ana. Región Sanitaria No. 12, en el periodo comprendido del 01 de enero del 2020 al 21 de abril del 2020, el cual obra en los archivos que para tal efecto lleva esta Secretaria de Estado en el Despacho de Salud.- **De lo cual Doy Fe.**

Tegucigalpa. M.D.C. 09 de julio del 2020



ABOGADA SARA DEL CARMEN ALVAREZ SANCHEZ
SECRETARIA GENERAL



Republica de Honduras
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Región Sanitaria Departamental La Paz
Teléfono 2774-1384 / 2774-1149 e-mail: region_sanitariapaz@yahoo.es



CONSTANCIA

El suscrito Jefe de la Región Sanitaria Departamental La Paz, por medio de la presente hace constar que la Licda. Enfermería: **VASTI ATENA IRIAS FONSECA**, egresada de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras asignada al E.S. Santa Ana, y reasignada por la Región Sanitaria por falta de recursos al CIS de Concepción de Soluteca, La Paz, Departamento de La Paz, realizo su Servicio Social en un periodo comprendido del 22 de Abril 2019, al 21 de Abril 2020, cumpliendo con los siguientes programas de la Secretaría de Salud:

- ATENCION DIRECTA
- DOCENCIA
- ADMINISTRATIVO
- INVESTIGACION

Y para los fines que el interesado estime conveniente se extiende la presente en la Ciudad de La Paz, a los 23 días del mes de Abril del año 2020.



Dra. Nora Lizeth Antúñez Acosta
Jefe Región Sanitaria La Paz

Cc Archivo



CONSTANCIA

En mi condición de Jefa del ECOR La Paz/Cane, hago constar que: **VASTI ATENA IRIAS FONSECA**, con número de identidad **0703-1991-01380**, realiza su servicio social en la Licenciatura en Enfermería en el Establecimiento de Salud de **Concepción de Soluteca**, La Paz. A partir del 22 de abril del 2019, hasta el 21 de abril del 2020.

Y para los fines que el interesado estime conveniente, le extiendo la presente en la ciudad de La Paz, departamento de La Paz, a los 23 días del mes de abril del 2020.

Licda. Margie Zelaya
Coordinadora del ECOR La Paz/Cane



CONSTANCIA

En mi condición de Jefa del ECOR La Paz/Cane, hago constar que: **VASTI ATENA IRIAS FONSECA**, con número de identidad **0703-1991-01380**, realiza su servicio social en la Licenciatura en Enfermería en el Establecimiento de Salud de **Concepción de Soluteca**, La Paz. A partir del 22 de abril del 2019, hasta el 21 de abril del 2020.

Y para los fines que el interesado estime conveniente, le extiendo la presente en la ciudad de La Paz, departamento de La Paz, a los 23 días del mes de abril del 2020.

Licda. Margie Zelaya
Coordinadora del ECOR La Paz/Cane

CONSTANCIA

La suscrita Enfermera del ECOR La Paz- Cane, por medio de la presente hace constar que **VASTI ATENA IRIAS FONSECA** con número de cuenta **20102502142** realizo su servicio social en el municipio de La Paz, La Paz durante el tiempo comprendido del 22 de abril 2019 al 21 de abril 2020 cumpliendo satisfactoriamente con responsabilidad sus actividades encomendadas.

Y para los fines que la interesada estime conveniente, se le extiende la presente en la ciudad de La Paz, a los 23 días del mes de abril del año 2020.

A continuación se detallan las funciones en las cuales se desempeñara.

ATENCION DIRECTA

- Detección de Cáncer Cervico Uterino
- Atención a pacientes según Programa de la Secretaria de Salud
- Realización de visitas domiciliarias
- Curaciones, aplicación de Inyecciones, vacunas, infusión de medicamentos.
- Participación en Brigadas Médicas y Ferias de La Salud

DOCENCIA

- Promoción y mantenimiento de la salud
- Educación continua al personal de salud
- Elaboración de Murales Educativos como Tuberculosis, PAI, Jornada de Desparasitación ,VIH.

ADMINISTRATIVO

- Revisión de Informes Mensuales de los diferentes Programas
- Organización y ejecución de reuniones con auxiliares de enfermería y médicos en servicio social.
- Participación en la elaboración de Metas Físicas, Plan Operativo Anual.
- Participar y apoyar las reuniones de trabajo con el personal de las unidades de salud asignadas.
- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar las actividades del servicio de enfermería



CONSTANCIA

La suscrita Enfermera del ECOR La Paz- Cane, por medio de la presente hace constar que **VASTI ATENA IRIAS FONSECA** con número de cuenta **20102502142** realizó su servicio social en el municipio de La Paz, La Paz durante el tiempo comprendido del 22 de abril 2019 al 21 de abril 2020 cumpliendo satisfactoriamente con responsabilidad sus actividades encomendadas.

Y para los fines que la interesada estime conveniente, se le extiende la presente en la ciudad de La Paz, a los 23 días del mes de abril del año 2020.

A continuación se detallan las funciones en las cuales se desempeñara.

ATENCION DIRECTA

- Detección de Cáncer Cervico Uterino
- Atención a pacientes según Programa de la Secretaria de Salud
- Realización de visitas domiciliarias
- Curaciones, aplicación de Inyecciones, vacunas, infusión de medicamentos.
- Participación en Brigadas Médicas y Ferias de La Salud

DOCENCIA

- Promoción y mantenimiento de la salud
- Educación continua al personal de salud
- Elaboración de Murales Educativos como Tuberculosis, PAI, Jornada de Desparasitación ,VIH.

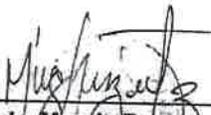
ADMINISTRATIVO

- Revisión de Informes Mensuales de los diferentes Programas
- Organización y ejecución de reuniones con auxiliares de enfermería y médicos en servicio social.
- Participación en la elaboración de Metas Físicas, Plan Operativo Anual.
- Participar y apoyar las reuniones de trabajo con el personal de las unidades de salud asignadas.
- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar las actividades del servicio de enfermería



INVESTIGACION

Se realizó investigación sobre "Análisis de experiencia sistematización del servicio social en la intervención a las mujeres sobre la importancia de realizarse la citología y prevención del cáncer cervico uterino de las comunidades de Tepanguare y Pacheco, del departamento La Paz, municipio La Paz, comprendido de junio a noviembre 2019."



Licda. Margie Zelaya
Coord. ECOR La Paz-Cane



INVESTIGACION

Se realizó investigación sobre "Análisis de experiencia sistematización del servicio social en la intervención a las mujeres sobre la importancia de realizarse la citología y prevención del cáncer cervico uterino de las comunidades de Tepanguare y Pacheco, del departamento La Paz, municipio La Paz, comprendido de junio a noviembre 2019."


Licda. Margie Zelaya
Coord. ECOR La Paz-Cane



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

"José Trinidad Cabañas"

Es Director (a) de l Instituto Teodoro Rodas Valle de
Danli Departamento El Paraíso

Por Cuanto: Lo confiero a

Hasti Atena Arias Housaca

El Grado de **Bachiller en Ciencias y Letras**

El día 05 del mes de Noviembre del dos mil nueve

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



El (Ra) Secretario (a) de Instituto Teodoro Rodas Valle deja constancia de haber
registrado este Título bajo el N° 1579 Folio 112-113 del libro N° 1 el día 06 de
Noviembre de 2009



El (Ra) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de El Paraíso deja
constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N° 1563 Año 2009 Fecha de
aprobación 02 de Noviembre, 2009 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N°
02 Reg. 5828 Folio 79
Lugar y Fecha Tuscarán, El Paraíso 09 de Noviembre, 2009



Por Tanto:

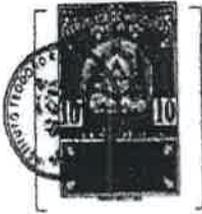
El Secretario de Estado en el Despacho de Educación, a través de la Dirección Departamental de Educación de
El Paraíso y en uso de la facultad que le confieren los Artículos 189 de la Ley Orgánica de
Educación y el 1 del Decreto Legislativo N° 102-96 extiende el presente Título de
Bachiller en Ciencias y Letras

Para que sea habido, y tenido por tal, y goce de los derechos que le corresponden
Dado en Tuscarán, el día 09 del mes de Noviembre del dos mil nueve



[Signature]
Director (a) Departamental de Educación

331



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

"José Trinidad Cabañas"

Es Director (a) de l Instituto Teodoro Rodas Valle de
Dahu Departamento El Paraíso

Por Cuanto: Lo confiere a

Hasti Atena Arias Fonseca
Bachiller en Ciencias y Letras

El día 05 del mes de Noviembre del dos mil nueve
En virtud de haber realizado los estudios que establece la Ley y obtenido la aprobación en el Examen General.



El (La) Secretario (a) de Instituto Teodoro Rodas Valle deja constancia de haber
registrado este Título bajo el N.º 1539 Folio 112-113 del libro N.º 1 el día 06 de
Noviembre de 2009



El (La) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de El Paraíso deja
constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N.º 1563 Año 2009 Fecha de
aprobación 02 de Noviembre, 2009 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º

02 Reg. 5928 Folio 79
Lugar y Fecha Quacarán, El Paraíso 09 de Noviembre, 2009



Dirección Deptal. de Educación

Por Tanto:

El Secretario de Estado en el Despacho de Educación, a través de la Dirección Departamental de Educación de
El Paraíso y en uso de la facultad que le confieren los Artículos 189 de la Ley Orgánica de
Educación y el 1 del Decreto Legislativo N.º 163-96 extiende el presente Título de
Bachiller en Ciencias y Letras

Para que sea habido y tenido por tal y goce de los derechos que le corresponden
Dado en Quacarán el día 09 del mes de Noviembre del dos mil nueve



Dirección (a) Departamental de Educación

330

0064239



19 OCT. 2009



República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL



OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO

A

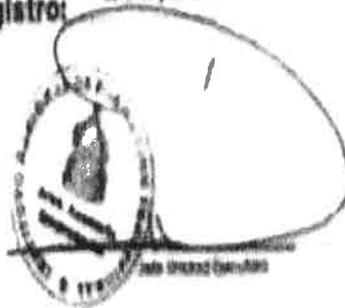
VASTI ATENA IRIAS PONSECA

Por haber participado en el Seminario **ORATORIA**

Impartido del 26/04/2011 al 26/04/2011 con un total de 16 horas

celebrado en TEGUCIGALPA a las 08:00 horas del Mes de ABRIL de 2011

Registro: 208,546



[Handwritten signature]



República de Honduras
 INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL



OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO

A

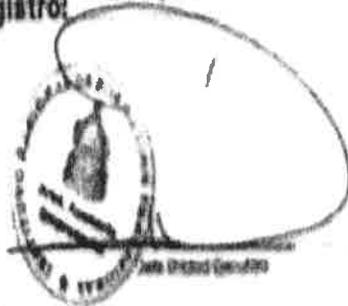
VASTI ATENA IRIAS FONSECA

Por haber participado en el Seminario **ORATORIA**

Compartido del 26/9/2011 al 26/9/2011 con un total de 16 horas

Ubado en TEGUCIGALPA a las 11 días del Mes de septiembre de 2011

Registro: **208,548**



[Handwritten signature]

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

UNAH-TEC DANLI

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



Otorga a:

Vasti Atena Irias Fonseca

Diploma de Reconocimiento

Por su participación en el VI Congreso Estudiantil de Enfermería

"Licda. Silvia de Jesús Zúniga Varela"

Licenciatura en Enfermería: Profesión, Ciencia, Valores y Alta Calidad Humana

Con una duración de 12 horas

Dado en Danlí, El Paraíso a los 11 días del mes de Mayo de 2018.

Msc. Carla Garcés
Directora
UNAH-TEC DANLI

Msc. Ondina Salgado
Coordinadora Depto. De Enfermería
UNAH-TEC DANLI

Consulta Externa Hospital Gabriela Alvarado

Otorga el Presente Diploma

A: "VASTI ATENA IRIAS"

**"POR SU APOYO EN LA JORNADA DE
VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL"**

DANLI 14 DE NOVIEMBRE DEL 2014

2941026176
REP. I

DRA. INDIANA ARGENAL
JEFE CONSULTA EXTERNA

Por su participación en la Jornada de Promoción, Prevención y Responsabilización
 "Por nuestros hijos nacidos hoy"
 Danlí, El Paraiso, el día 15 de Mayo de 2015
 Lic. Silvia Zuniga
 Coordinadora Carrera Enfermería
 UNAH-TEC-DANLI

La Escuela de Ciencias Médicas
 Facultad de Ciencias Médicas
 Universidad Nacional Autónoma de Honduras
 Danlí, El Paraiso
 otorga el
Diploma de Reconocimiento
 a
Georga Reconocimiento
 La Escuela de Ciencias Médicas
 Facultad de Ciencias Médicas
 Universidad Nacional Autónoma de Honduras
 Danlí, El Paraiso

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
 UNAH-TEC, Danlí
 Facultad de Ciencias Médicas
 Escuela de Enfermería
 Otorga el:
Diploma de Reconocimiento
 a
Visti Elena Ocas Fonseca
 Por su participación en el VIII Congreso Estudiantil de Enfermería:
 "Enalteciendo Nuestra Carrera de Enfermería Mediante la Promoción,
 Prevención y Cuidados de la Salud con Calidad y Calidez"
 Danlí, El Paraiso
 15 de Mayo 2015
 Lic. Silvia Zuniga
 Coordinadora Carrera Enfermería
 UNAH-TEC-DANLI

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

VASTI ATENA / IRIAS FONSECA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIONAL 71 ENERO 1991
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 24 MAYO 2010

0703-1991-01380

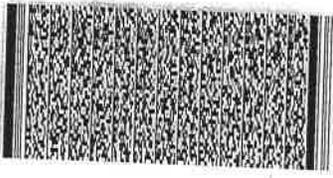


12921447-01

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 RNP



SOLICITADA EN 0703
VASTI ATENA / IRIAS FONSECA
0703-1991-01380



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275529

Nº 000275529

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
VASTI ATENA IRIAS FONSECA
0703-1991-01380

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
11/08/20	31/12/2020	2019

Valor Pag. 23.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE



FORMULARIO STANDARD, S.A. R.M. 0209990701 TEL: 2221-4611 FAX: 2221-4612 C.A. 2221-4611

SOLVENCIA Nº

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA PAGADO SUS IMPUESTOS MUNICIPALES CORRESPONDIENTES, EN BASE A LO ESTIPULADO EN EL ART. 77 DE LA LEY DE MUNICIPALIDADES VIGENTE, SIN PERJUICIO DEL IMPUESTO ADICIONAL QUE PUEDA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS DECLARACIONES.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No. 16-A-2020.

Nosotros, **CARLOS MIRANDA CANALES** mayor de edad, casado y de este domicilio, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Comayagua, Municipio de Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **patrono al señor(a) LESLY ZULEMA LOPEZ SALGADO** identidad **0301-1975-00468** solvencia municipal **No. 273286**, hondureña y con domicilio en esta ciudad, 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: **LICENCIADA EN ENFERMERIA, EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **CENTRO DE SALUD CESAMO JOSÉ MARÍA OCHOA VELÁSQUEZ**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Toma de muestras: confirmar más casos mediante PCR-RT
2. Búsqueda y ubicación de caso confirmado: caso confirmado por laboratorio.
3. Seguimiento de casos: asegurar cortar cadena de transmisión.
4. Búsqueda de contactos: identificar casos
5. Tamizaje: detectar de manera precoz de brotes con pruebas rápidas.
6. Tratamiento: iniciar de manera oportuna el tratamiento según lineamientos.
7. Traslado de enfermos: implementar las medidas de control.
8. Seguimiento y monitoreo: sobre situación de salud y entrega de resultados.
9. Ser el brazo operativo asistencial para el trabajo a nivel comunitario.
10. Coordinar los medios de transporte de muestra en tiempo y forma.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (03) meses d contados a partir **del 10 de agosto, 2020 finalizando,10 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios médico profesionales; **por**

364

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 monto de este contrato es la cantidad de L. 54,000.00 (CINCUENTA Y CUATRO MIL LEMPIRAS). 100/100, que corresponde a un salario mensual de L. 18,000.00 (DIECIOCHO MIL LEMPIRAS) 100/100. Pagados en la Tesorería Municipal, el fin de cada mes. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras 05-02-573 PROYECTO 298 y contraparte de la Alcaldía Municipalidad de Comayagua con código 05-02-581 PROYECTO 242.

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 de acuerdo a la demanda de pacientes 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 SÉXTA: 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 **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 SEPTIMA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. **EL CONTRATO** podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA OCTAVA: 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 NOVENA: 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 Comayagua a los 10 días de agosto de 2020



El Contratante



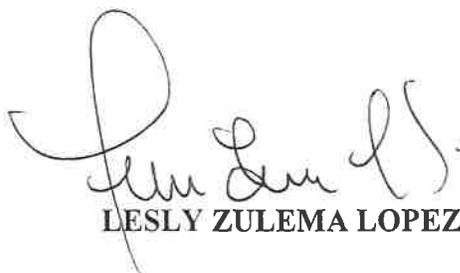
El Contratado

342

RECIBO POR L. 18,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DIECIOCHO MIL LEMPIRAS (L. 18,000.00)**, por trabajo temporal como licenciatura de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 16-A-2020**. Correspondiente al 10 de Agosto al 9 de septiembre, 2020.

Comayagua, 09 de septiembre, 2020.

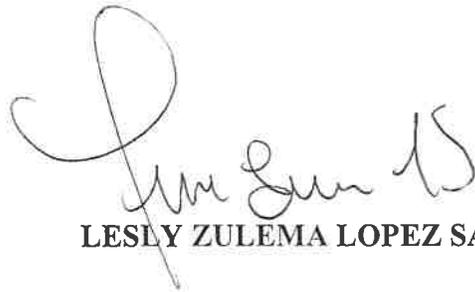


LESLY ZULEMA LOPEZ SALGADO

RECIBO POR L. 18,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DIECIOCHO MIL LEMPIRAS (L. 18,000.00)**, por trabajo temporal como licenciatura de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 16-A-2020. Correspondiente al 10 de septiembre al 9 de octubre, 2020.

Comayagua, 09 de octubre, 2020.



LESLY ZULEMA LOPEZ SALGADO

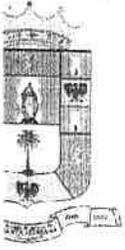
RECIBO POR L. 18,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **DIECIOCHO MIL LEMPIRAS (L. 18,000.00)**, por trabajo temporal como licenciatura de Enfermería en el Equipo de Respuesta Rápida en la emergencia COVID-19, según contrato No. 16-A-2020. Correspondiente al 10 de octubre al 9 de noviembre, 2020.

Comayagua, 09 de noviembre, 2020.



LESLY ZULEMA LOPEZ SALGADO



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504) 2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 27722028
Fax: (504) 2772-1590

E-mail: comayaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.amcomayagua.com

07 de Agosto de 2020

Licenciada

RINA MACHUCA

Jefe de Recursos Humanos Región De Salud N° 3
Comayagua

Estimada Licenciada:

Por este medio le saludo, deseándoles éxitos en el desempeño de sus funciones.

En el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Municipalidad de Comayagua y la Dirección Municipal de Salud de este departamento, Me permito presentarle a la Licenciada en Enfermería **LESLY ZULEMA LOPEZ SALGADO**, quien ha sido seleccionada a partir del lunes 10 de Agosto, 2020, para formar parte del Equipo de Respuesta rápida **E.R.R. COVID-19**, la cual estará bajo la dirección de su Dependencia, para que procedan a darle la inducción respectiva a la labor a realizar.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente


CARLOS MIRANDA
Acalde Municipal

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud
Cc: Merly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua
Cc: Interesado(a)
Cc: Archivo

358

CURRICULUM VITAE



Lesly Zulema López Salgado

“Licenciada en Enfermería”

AÑO 2020.

357

CURRICULUM VITAE

I. DATOS GENERALES:

- ❖ NOMBRE : Lelsy Zulema López Salgado.
- ❖ LUGAR DE NACIMIENTO : Comayagua, Comayagua.
- ❖ FECHA DE NACIMIENTO : 18 de Marzo de 1975.
- ❖ IDENTIDAD : 0301-1975-00468
- ❖ NACIONALIDAD : Hondureña.
- ❖ ESTADO CIVIL : Unión Libre.
- ❖ EDAD : 38 Años.
- ❖ DIRECCIÓN : Aldea la Jaguita, Comayagua.
- ❖ CELULAR : 3173-0669.
- ❖ PROFESIÓN : Licenciada en Enfermería.

II. ESTUDIOS REALIZADOS:

- ❖ EDUCACION SUPERIOR : "Licenciada en Enfermería"
Centro Universitario Regional del Centro "CURC"
Comayagua, Comayagua.
"Enfermera Auxiliar"
Centro Nacional de Adiestramiento de Recursos
Humanos "CENARH"
Tegucigalpa, M.D.C.
- ❖ DIVERSIFICADO : "Bachiller en Ciencias y Letras"
Instituto de Educación por Radio "IHER"
Comayagua, Comayagua.
- ❖ EDUCACION PRIMARIA : "Diploma de Sexto Grado"
Escuela Rural Mixta "Cerro Grande"
Colonia Cerro Grande Zona 2, Tegucigalpa, M.D.C.

356

III. EXPERIENCIA LABORAL:

14 años de Laborar para Unilever con Programa de Salud Ocupacional, Comayagua.

- ❖ **PRACTICA PROFESIONAL:** Cesamo Napoleón Bogran

IV. CURSOS Y TALLERES RECIBIDOS:

- ❖ Servicio de Atención y Calidad al Cliente.
- ❖ Relaciones Interpersonales.
- ❖ Formulación y Evaluación de Proyectos de Inversión.
- ❖ Mejoramiento Continuo.
- ❖ Seguridad e Higiene Ocupacional.
- ❖ Administración de Personal.
- ❖ Ética Profesional.
- ❖ Reforzando Valores.
- ❖ Team Building.
- ❖ Taller de Ergonomía.
- ❖ Curso de She Framework Standard.
- ❖ Capacitación de Enfermería por la Seguridad del Paciente.
- ❖ Trabajo en Equipo y Servicio al Cliente.
- ❖ Servicio de Calidad Modelo.
- ❖ Salud Ocupacional y Ergonomía.
- ❖ Participación Construcción Proyecto de Agua.
- ❖ Hablando Sobre Derechos Humanos.
- ❖ Cursos Taller de Equipo Médico.
- ❖ Taller Sobre Ecología y Ambiente.

V.- OTRAS HABILIDADES Y DATOS DE INTERES

- ❖ Facilidad de hablar en público.
- ❖ Manejo de computadora (Word, Excel, Power Point).
- ❖ Trabajo bajo presión.
- ❖ Realización de Presentaciones.
- ❖ Manejo de Estandares She Framework.

VI.- REFERENCIAS PERSONALES:

- ❖ Sra. Marcia Martínez
Teléfono: 3279-6722

- ❖ Sr. Oscar Renán Gómez
Teléfono: 3183-0751

- ❖ Sr. Cesar Montesinos
Teléfono: 3294-3596

- ❖ Sra. Martha Gámez
Teléfono: 9626-7724

- ❖ Sra. Katy Cortez
Teléfono: 3288-3146 / 2290-0233

CARTA INTERÉS

Comayagua, Comayagua 27 de julio de 2020

Yo **Lesly Zulema López salgado**, mayor de edad con número de identidad **0301-1975-00468**, con profesión Lic. En Enfermería, manifiesto mi interés de trabajar en Centro de Triage en Pro. de la población Saludos cordiales.

Y para fines que el (a) interesado (a) estime conveniente se extiende la presente en la ciudad de Comayagua a los 27 días del mes de julio del año 2020.



Lesly zulema López salgado



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

LESLY ZULEMA / LOPEZ SALGADO



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIÓ EL 18 MARZO 1975
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 15 OCTUBRE 2013



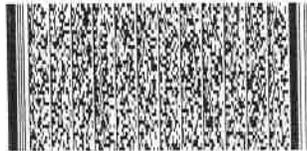
0301-1975-00468



00721685-02

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 0301

LESLY ZULEMA / LOPEZ SALGADO

0301-1975-00468

352



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES.

Nº 000273286

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
LESLY ZULEMA LOPEZ SALGADO
 0301-1975-00488

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
25/05/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 1,625.34



FIRMA Y SELLO DEL AL CALDE _____

FORMALIZADO EN LA MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA, C.A. EL DIA 25 DE MAYO DE 2020 A LAS 10:30 HORAS.

SOLICITADO POR

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA
 PAGADO LOS IMPUESTOS MUNICIPALES CORRESPONDIENTES,
 DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL ART. 77 DE LA LEY DE
 MUNICIPALIDADES VIGENTE, SIN PERJUICIO DEL IMPUESTO
 ADICIONAL QUE PUEDA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS
 DECLARACIONES.

351