

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

No.17-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) RUTH ARELY AVENDAÑO OSORIO**, identidad **0301-1986-00410** solvencia municipal No. 27,5018, 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 un profesional promotor social de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **PROMOTOR SOCIAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE** en el Instituto Departamental "León Alvarado".

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

1. Orientar al paciente a preclínica para luego su atención con el médico.
2. Coordinar con el personal de microbiología para llevar muestras médicas al hospital "Santa Teresa" para su análisis.
3. Atención en Farmacia y despacho de medicamentos.
4. Inventario de medicamentos con el sistema KARDEX.
5. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios promotor social; 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. 33,000.00** (**TREINTRA Y TRES MIL LEMPIRAS**), que corresponde a un salario mensual de **Lps. 11,000.00** (**ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS**) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante



El Contratado (a)

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 17-A-2020. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 24 de septiembre, 2020.



RUTH ARLEY AVENDAÑO OSORIO

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 17-A-2020. Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.



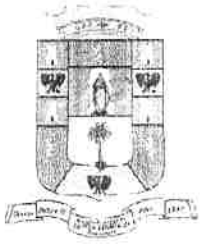
RUTH ARELY AVENDANO OSORIO

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 17-A-2020. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, 2020.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.


RUTH ARELY AVENDANO OSORIO



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

17 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 Bachiller Técnico en Computación **RUTH ARELY AVENDAÑO OSORIO**, quien ha sido seleccionada como **Promotora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Ruth Arely Avendaño Osorio 21 de agosto del 2020

Datos Personales:

Ruth Arely Avendaño Osorio

10 de septiembre de 1985, Comayagua, Honduras

ID: 0301-1986-00410

Nacionalidad: Hondureña

Estado civil: Unión libre

Dirección: Col Agrícola Jarín, Comayagua

½ cuadra adelante Escuela Lucio Izaguirre

Cel. 3306-9900, 94596794, 95370762

E-mail: chivelle@hotmail.com



Formación académica:

Educación Secundaria: Instituto Marista "La Inmaculada" obteniendo el título de:
"Bachiller Técnico en Computación" 2003

Educación Universitaria: "Pasante de la carrera de "Psicología" 2do año, con 12 clases aprobadas, Universidad Cristiana de Honduras.

Cursos recibidos:

- **Taller de orientación laboral**, Servicio Nacional de empleo de Honduras (SENAEH) Secretaria de Trabajo y Seguridad Social. 2019
- **Curso de Estrategia de Mercadeo**, INFOP, 2019.
- **Curso de bisutería**, Alcaldía Municipal de Comayagua. 2012
- **Seminario de Ética y Valores**, Instituto Marista la Inmaculada. 2003
- **Capacitación de Enfermedades de transmisión Sexual, VIH-SIDA**, Región de Salud N.2. 1997.

Experiencia laboral:

- **Práctica Profesional en la Exportadora Andará**, Comayagua, 2003.
Cargo: "Asistente de personal"
Funciones:-Digitalización de datos
-Archivo de documentos y correspondencia
-Trámites correspondientes a la Empresa
- **Centro de Inserción Laboral (CECIL)** de la Fundación Comayagua Colonial y Escuela Taller 1 de junio de 2013 al 30 junio 2014.
Cargo: "Asistente administrativo"
Funciones: - Administración del ciber café y mantenimiento del equipo de computación de la CECIL.
-Administración y mantenimiento del laboratorio de computación de la Escuela Taller.

- Administración de la microempresa de los alumnos de cocina de la Escuela Taller.
- Administración de la matrícula, venta de uniformes y material de estudio de los alumnos de EDUCATODOS.
- Maestra de computación de los alumnos de la Escuela Taller.
- Actualización de la base de datos de los egresados de la Escuela Taller.

- **Microempresaria** 2014 a la actualidad.
Cargo: "Administradora"
Funciones: -Elaboración de diferentes tipos de comida y recuerdos para ocasiones especiales.
- **Trabajo en casa** 31 de abril del 2019- 4 de mayo del 2019
Cargo: "Asistente"
Funciones: -Cuidado y asistencia para una persona con capacidades especiales.

Otras habilidades o conocimientos:

- Inglés Básico
- Facilidad de expresión
- Capacidad de trabajar bajo presión
- Manejo de Office, Internet y Redes sociales
- Capacidad de trabajar en equipo
- Capacidad para desempeñar funciones distintas a lo estudiado
- Buenas relaciones interpersonales
- Puntualidad
- Eficiencia
- Responsabilidad
- Honestidad
- Respeto

Otros Datos de Interés:

- Escritura y redacción de artículos, poesía y cuentos
- Apasionada de la lectura y escritura

Referencias personales:

- Ruth Margarita Sierra: Alcaldía Municipal de Comayagua, Secretaria Administrativa de Recursos Humanos, Cel:9537-0762
- Liliana Chávez Quan: Gerente propietaria de Repostería Lily, Cel. 9761-1608
- Doctor Alfonso Ortega: Médico en el Centro Médico Comayagua Colonial, Cel.9970-4491



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

Profesor "Obed Castañeda Láinez"

El Director (a) de Instituto "La Inmaculada" de Comayagua Departamento Comayagua

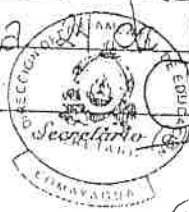
Por Cuanto: Le confiere a
Ruth Arely Avendaño Osorio
Técnico en Computación

El Grado de Técnico en Computación
El día 15 del mes de Noviembre del dos mil
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 "La Inmaculada" deja constancia de haber registrado este Título bajo el No. 195 Folio 50 del libro 8 el día QUINCE de NOVIEMBRE de 2003



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. 0233 año 2003 fecha de aprobación 5 de Noviembre del 2003 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro No. 01 Reg. 0233 Folio 193
Lugar y Fecha Comayagua 14 de Noviembre del 2003



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 1 del Decreto Legislativo No. 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 veinticuatro del mes de Noviembre del dos mil 2003



[Signature]
Inspector (a) Departamental de Educación



Promoción

Profesor "Obed Castañeda Laínez"

El Director (a) de Instituto "La Inmaculada" de Comayagua Departamento Comayagua

Por Cuanto: Le confiere a

Ruth Arely Avendaño Osorio

El Grado de Bachiller en Ciencias y Letras

El día 15 del mes de Noviembre del dos mil tres

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

El (La) Secretario (a) de Instituto "La Inmaculada" deja constancia de haber registrado este Título bajo el N.º 115 Folia 30 del libro 8 el día QUINCE de NOVIEMBRE de 2003



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 0153, lto 2003 fecha de aprobación 5 de Noviembre del 2003 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º 01 Folia 0153 Folia 192 Lugar y Fecha Comayagua 26 de Noviembre del 2003

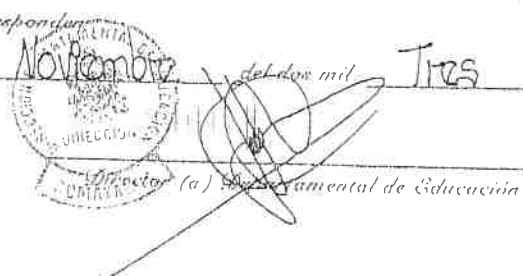


Por Tanto:

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 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 correspondan Dado en Comayagua el día quince del mes de Noviembre del dos mil Tres



REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RUTH ARELY / AVENDAÑO OSORIO

HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL DIA 05 DE ABRIL 1985
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 05 AGOSTO 2005

0301-1986-00410

04427749-03

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.

[Signature]
DIRECTOR R.N.P.

SOLICITADA EN 0801

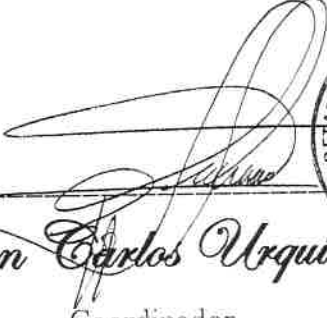
RUTH ARELY / AVENDAÑO OSORIO
0301-1986-00410


CONSTANCIA

Por medio de la presente, el Servicio Nacional de Empleo de Honduras SENAEH, dependencia de la Dirección General de Empleo de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (STSS), Hace Constar que: *Ruth Arely*

Avendaño Osorio con número de Identidad 0301-1986-00410 ha recibido el Taller de Orientación Laboral, que incluye información relacionada con: *Elaboración de Curriculum Vitae, Entrevista de Trabajo y Técnicas de Búsqueda de Empleo*. Con una duración de tres horas, impartido en la Sala de Orientación Laboral, del Servicio Nacional de Empleo de Honduras, SENAEH Comayagua.

Y para los fines que al interesado convenga, se le extiende la presente, en la Ciudad de Comayagua, Comayagua, Honduras a los 09 días del mes de agosto del 2019.


Lic. Juan Carlos Urquiza Osorio
Coordinador



Servicio Nacional de Empleo de Honduras (SENAEH) Comayagua



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES.

Nº 000275017

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:

RUTH ARELY AVENDAÑO OSORIO

0301-1386-00410

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
27/07/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 23.60



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE:

MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA

DECLARACION DE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA
 PAGO EL IMPUESTO MUNICIPAL CORRESPONDIENTE,
 DE ACUERDO A LA REGULACION EN EL ART. 77 DE LA LEY DE
 IMPUESTOS MUNICIPALES, SIN PERJUICIO DEL IMPUESTO
 QUE SE LE DEBE PAGAR QUE PUEDA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS
 DECLARACIONES.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

No.18-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) ERIKA YAMILETH BLANCO SAVILLON**, identidad **0801-1976-00699** solvencia municipal No. 27,5532, 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 un profesional promotor social de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **PROMOTOR SOCIAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE** en el Instituto Departamental “León Alvarado”.

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

1. Orientar al paciente a preclínica para luego su atención con el médico.
2. Coordinar con el personal de microbiología para llevar muestras médicas al hospital “Santa Teresa” para su análisis.
3. Atención en Farmacia y despacho de medicamentos.
4. Inventario de medicamentos con el sistema KARDEX.
5. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios promotor social; 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. 33,000.00** (TREINTRA Y TRES MIL LEMPIRAS), que corresponde a un salario mensual de **Lps. 11,000.00** (ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante



El Contratado (a)

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triaje ubicado en el instituto "León Alvarado" en la emergencia COVID-19, según contrato No. 18-A-2020, Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 24 de septiembre, 2020.



ERIKA YAMILETH BLANCO SAVILLON

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 18-A-2020. Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.



ERIKA YAMILETH BLANCO SAVILLON

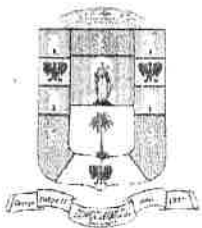
RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 18-A-2020. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, 2020.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.



ERIKA YAMILETH BLANCO SAVILLON



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.municipalidadcomayagua.com

17 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 Perito Mercantil y Contador Público **ERIKA YAMILETH BLANCO SAVILLON**, quien ha sido seleccionada como **Promotora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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 Oviado: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

 21-8-2020

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

Promotora.

CURRICULUM VITAE

1.-DATOS PERSONALES

Nombre Completo : Erika Yamileth Blanco Savillon
Estado Civil : :Soltera
Fecha de Nacimiento :26 de Enero 1976
Tarjeta de Identidad: :0801-1976-00699
Teléfono : 99-33-17-18
Dirección : Colonia 1 de Mayo

2- ESTUDIOS REALIZADOS

Nivel educativo Secundario
Perito Mercantil Y Contador Público
Instituto: León Alvarado
Dirección: Comayagua, Comayagua.

3- CURSOS OBTENIDOS

- Curso de Computación durante 8 meses Impartido por La Asociación de HORIZONTES AL FUTURO 30/11/2004 Comayagua
- Por su participación al primer congreso juvenil Centroamericano en salud Reproductiva y Lucha contra el SIDA.

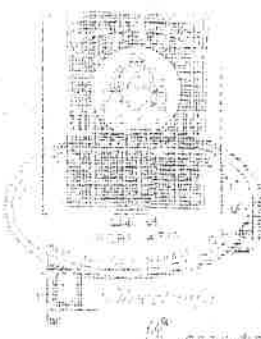
4- Experiencia Laboral

1. Trabajo temporal en la Alcaldia Municipal de Comayagua en un levantamiento de Censo de Negocios.
- 2.Trabajo temporal en Digital Bussines en Honduras ENCUESTAS



P.M Erika Yamileth Blanco Savillon

Firma



República de Colombia
 Ministerio de Educación
 Dirección



Profesor Miguel Antonio Alberto García
 del Instituto Departamental "León Alvarado"
Comuna de Comacragua del departamento de Comacragua

Por Cédula No. 0787

Excmo. Don Domitilo Blanco Zapillon
Merito Mercantil y Contador Público

del cargo de Profesor del día 10

de Noviembre del año de 1920



de Comacragua del Instituto Departamental "León Alvarado" que condecora de Merito Mercantil y Contador Público el No. 338 del No. 336 del No. 5 del No. 24 de 1920



de Comacragua del Instituto Departamental de Educación de Comacragua que le expediente de Procedimiento General con número de 19 0787 del No. 2001 fecha de expedición 20 de Noviembre del 2001 y de haberse registrado el título el día 10 de Noviembre del año 2001 en el No. 0787 Folio 95

En Comacragua a los 10 días del mes de Noviembre del año 2001

Secretaría Departamental de Educación

Por Fianza:

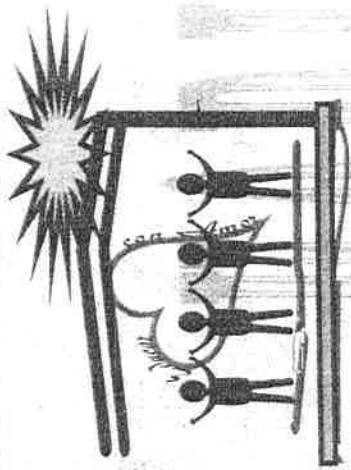
El Secretario de Estado en el Departamento de Educación, a través de la Dirección Departamental de Educación de Comacragua y en uso de la facultad que le confieren los Artículos 149 de la Ley Orgánica de Educación y 1 del Decreto Legislativo No. 10295 accionado el presente expediente

Merito Mercantil y Contador Público

para que sea tal como tiene por objeto de los derechos que le corresponden

En Comacragua a los 10 días del mes de Noviembre del año 2001

[Firma]
 Dirección Departamental de Educación



LA ASOCIACIÓN
HORIZONTES AL FUTURO

OTORGA EL PRESENTE

Diploma

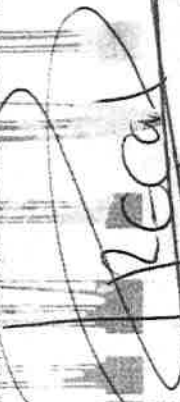
A Erika Yamileth Blanco Sabilón

*Por haber seguido satisfactoriamente el Curso de
COMPUTACIÓN durante 8 meses.*

COMAYAGUA, 30 DE NOVIEMBRE DE 2004.




Gregorio Alonso García
Director


Carlos Alfonso Madrigales R.
Profesor



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

ERIKA YAMILETH / BLANCO SAVILLON



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 26 ENERO 1976
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 21 OCTUBRE 2010



0801-1976-00699

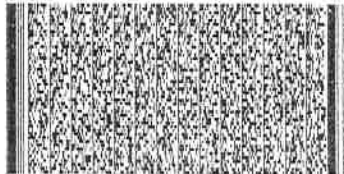


00135902-03

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

ERIKA YAMILETH / BLANCO SAVILLON

0801-1976-00699



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275532

N° 000275532

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
ERIKA YAMILETH BLANCO
0801-1276-00699

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. AV. 500 PROSPERIDAD TEL. 2221-4821 FAX 2221-4821

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

No.19-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) GLADIS ROSARIO CANALES**, identidad **0301-1973-01248** solvencia municipal No. 276014 , 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 un profesional promotor social de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **PROMOTOR SOCIAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Orientar al paciente a preclínica para luego su atención con el médico.
2. Coordinar con el personal de microbiología para llevar muestras médicas al hospital “Santa Teresa” para su análisis.
3. Atención en Farmacia y despacho de medicamentos.
4. Inventario de medicamentos con el sistema KARDEX.
5. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 **24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios promotor social; 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. 33,000.00 (TREINTRA Y TRES MIL LEMPIRAS)**, que corresponde a un salario mensual de **Lps. 11,000.00 (ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante



El Contratado (a)

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 19-A-2020**. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, **2020**.

Comayagua, 24 de septiembre, 2020.



GLADIS ROSARIO CANALES

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 19-A-2020. Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.



GLADIS ROSARIO CANALES

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 19-A-2020**. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.



GLADIS ROSARIO CANALES



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

17 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 Bachiller en Administración de Empresas **GLADIS ROSARIO CANALES**, quien ha sido seleccionada como **Promotora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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


21/08/2020

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

Currículum Vitae

Datos Personales

Nombre: Gladis Rosario Canales

Lugar de Nacimiento: Comayagua

Número de Identidad: 0301-1973-01248

Fecha de Nacimiento: 07/octubre/1973

Nacionalidad: Hondureña

Edad: 46 Años

Estado Civil: Soltera

Domicilio: Barrio Cabañas Cuadra y Media Abajo de los Bomberos

Teléfono: 94660558



Estudios Realizados:

(1984-1989) Educación Primaria Escuela Marcelino Pineda

(1990-1992) Educación secundaria Instituto León Alvarado

(2009-2011) Primer y segundo año de bachillerato en Administración de empresas Instituto Eben Ezer

Experiencia Laboral:

Lugar: 1998-2006 Maquilas Zip-Comayagua.

Puesto: Todas las áreas

Lugar: 2006-2008 Constructora Sabillon.

Lugar: 2009 Servicios Aguas de Comayagua.

Puesto: Conserje y aseadora.

Lugar: Aluvico

Puesto: Enfermera Auxiliar

Cualidades:

Puntualidad

Responsabilidad

Creatividad

Honradez

Eficacia

Trabajo Bajo Presión

Trabajo en equipo

Compromiso

Referencias Personales

Nombre:	Profesión:	Teléfono:
José Carlos Padilla Salinas	Ingeniero Agroindustrial	9699-4511
Cristy Gisela Rodriguez	Maestra Educación Primaria	97134066
Dany Fernando Callejas Castillo	Perito Mercantil	8876-9365

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP
GLADIS ROSARIO / CANALES



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 07 OCTUBRE 1973
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 04 NOVIEMBRE 2012

0301-1973-01248



03591863-02

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.



DIR. RNP



SOLICITADA EN 0301

GLADIS ROSARIO / CANALES
0301-1973-01248



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 276014

Nº 000275014

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
 GLADIS ROSARIO CANALES
 0301-127157-1248

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
17/05/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 115.00

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE _____

FORJADORES SIMONONI S.A. R.M. 000175014 TEL: 2201-4871 2206-5716 2206-6000 FAX: 2201-4222 TEGUCIGALPA

27/05/2020

EL CONTRIBUYENTE HA
 PAGADO LOS IMPUESTOS CORRESPONDIENTES,
 SEGUN EL ARTICULO DE LA LEY DE
 EL VALOR DEL BIEN DE SUS

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
20-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) KAREN CONCEPCION MALDONADO BANEGAS**, identidad **0315-1981-00243** solvencia municipal No. 270857/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 un profesional promotor social de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **PROMOTOR SOCIAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Orientar al paciente a preclínica para luego su atención con el médico.
2. Coordinar con el personal de microbiología para llevar muestras médicas al hospital “Santa Teresa” para su análisis.
3. Atención en Farmacia y despacho de medicamentos.
4. Inventario de medicamentos con el sistema KARDEX.
5. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 **24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios promotor social; 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. 33,000.00 (TREINTRA Y TRES MIL LEMPIRAS)**, que corresponde a un salario mensual de **Lps. 11,000.00 (ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS)** 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 ocho horas de lunes a sábado, 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**.

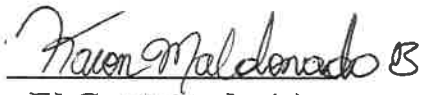
CLÁUSULA NOVENA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante



El Contratado (a)

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 20-A-2020**. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 24 de septiembre, 2020.

Karen Maldonado Banegas

KAREN CONCEPCION MALDONADO BANEGAS

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 20-A-2020 Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.

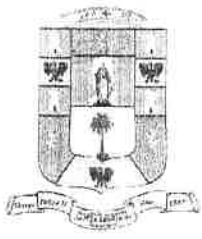
Karen Maldonado Banegas
KAREN CONCEPCION MALDONADO BANEGAS

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 20-A-2020 Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.

Karen Maldonado Banegas
KAREN CONCEPCION MALDONADO BANEGAS



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

17 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 Maestra de Educación Primaria **KAREN CONCEPCION MALDONADO BANEGAS**, quien ha sido seleccionada como **Promotora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Karen Concepción Maldonado Banegas | 21-08/20/

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras



CURRICULUM VITAE

*Karen Concepción
Maldonado Banegas*

Curriculum Vitae



DATOS PERSONALES

Nombre : KAREN CONCEPCIÓN MALDONADO BANEGAS
Nacionalidad : Hondureña
Lugar de nacimiento : San José del Potrero, Comayagua
Numero de identidad : 0315-1981-00243
Estado civil : unión libre
Celular : 9920-2541
Domicilio : Col. Jarín, Comayagua
Profesión : Maestra de Educación Primaria

FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN PRIMARIA

Escuela "Guadalupe Ulloa"
(1990-1995) Comayagua, Comayagua

EDUCACIÓN SECUNDARIA

Instituto "Técnico Comalhuacan"
(1996-1998) Ciclo Común
Comayagua, Comayagua

DIVERSIFICADO

Escuela Normal Mixta Centroamérica
(1999-2001) Comayagua, Comayagua

TITULO OBTENIDO

Maestra de Educación Primaria

CURSOS RECIBIDOS

- Seminario taller hacia práctica de calidad II
- Capacitación pedagógica
- Capacitación docente pedagógica y legislativo
- Seminario hacia una transformación educativa de calidad
- Seminario sobre el uso y manejo de guía del docente
- Cuaderno de trabajo de matemáticas
- Diplomado "El Maestro que yo debo ser"

EXPERIENCIA LABORAL

- Lugar: Escuela Oscar Armando Ávila Banegas (PROHECO)
Cargo: Maestra de educación primaria
Dirección: Col. Edilberto Zolano, Choloma, Cortes
Tiempo: 7 años (2003-2009)
- Lugar: Escuela Lucio Izaguirre
Cargo: Maestra de educación primaria
Dirección: Col. Jarín, Comayagua
Tiempo: 6 Años 2012-2017

REFERENCIAS PERSONALES

José Dimas Asturias
Cel. 9950-0096



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

Profesor Carlos Rivera Baide.

El Director (a) de La Escuela Normal Centro América de

El Eden, Comayagua Departamento Comayagua.

Por Cuanto: Le confiere a

Karen Concepción Alabonado Banegas,

El Grado de Miembra de Educación Primaria.

El día 28 del mes de Noviembre del dos mil uno

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

[Signature]

Director (a) del Establecimiento

El (Ra) Secretario (a) de La Escuela Normal Centro América deja constancia de haber registrado este Título bajo el N.º. 3552 Folio 120 de Libro N.º. IV el día Diez de Diciembre de Dos mil uno.



[Signature]
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. 1465 Año 2001 fecha de aprobación 27 de Noviembre del 2001 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º. 01 Reg. 1465 Folio 141

Lugar y Fecha Comayagua 01 de febrero del 2002

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 139 de la Ley Orgánica de Educación y 1 del Decreto Legislativo No. 163-96 extiende el presente Título de:

Miembra de Educación Primaria.

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

Dado en Comayagua el día 01 del mes de Febrero del dos mil dos

[Signature]

Director (a) Departamental de Educación

ARTICULO 51 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Titular: Autoridad e persona particular, podrá otorgar a una persona el derecho de su Título de Identidad. La emisión de la resolución de este artículo debe estar a la responsabilidad correspondiente.

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

MALDONADO BANEGAS



HONDURAS POR NACIMIENTO
NACIÓ EL 06 DICIEMBRE 1981
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 30 JULIO 2009

0315-1981-00243



04707315 02


DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0301
KAREN CONCEPCION / MALDONADO BANEGAS
0315-1981-00243

República de Honduras
Secretaría de Educación

SUBGERENCIA DE RECURSOS HUMANOS DOCENTES



CARNÉ DE INSCRIPCIÓN

KAREN CONCEPCION MALDONADO BANEGAS

Nombre

0315-1981-00243

Identidad	
INSCRIPCION N. 81,212 MTM 11,700	
Número de Registro	
06-12-1981	F
Fecha de Nacimiento	Sexo
COMAYAGUELA D.C.	ENERO 2002
Lugar y Fecha de Emisión	

(f) 

INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION DEL MAGISTERIO
República de Honduras

CARNET DE AFILIACION

Nº Afiliación
84961-0

Impresión




MALDONADO BANEGAS KAREN CONCEPCION

Reverso


Secretario Ejecutivo

Art. 17 El Instituto para darle trámite a toda solicitud presentada por el participante, exigirá la presentación del carnet de afiliación.

Art. 18 Las Instituciones Oficiales, Semi-Oficiales y Privadas del Sistema Educativo Escolar, estarán obligadas a exigir el Carnet de Afiliación de El Instituto a todos los Docentes que laboran en sus respectivos centros.

Art. 19 En caso de Pérdida o deterioro del Carnet de afiliación, el interesado podrá solicitar ante el Instituto su reposición previo pago de CINCO LEMPIRAS EXACTOS.

Del Reglamento al Decreto Ley 1026, del 15 de Julio de 1980.

CARNET DE AFILIACION

Primer Colegio Profesional Hondureño de Maestros (PROFESIONA)



Decreto No. 58-1-1945
Por un Magisterio
DIGNO, LIBRE Y RESPETADO

PRESIDENCIA
Secretaría No. 212

Nombre del Maestro
Tegucigalpa, M.D. de 2005

Carnet No. 05M1072

KAREN CONCEPCION
Nombre del Maestro MALDONADO BANEGAS
Identidad No. 0315 1981 00243
Lugar de Residencia CHOLOMA CORTES
Escuela donde Trabaja
Cargo que desempeña
Año en que obtuvo su Título 2001
Escuela o Institución ESCUELA
NORMAL CENTRO AMERICA
Tegucigalpa, M.D. de 2005


PRESIDENCIA
Secretaría No. 22
Choloma, Cortes SECRETARIO (A)

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
21-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) REYNA DANUBIA AGUILAR MEZA**, identidad **1801-1993-00110** solvencia municipal No. 267429 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 un profesional promotor social de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **PROMOTOR SOCIAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Orientar al paciente a preclínica para luego su atención con el médico.
2. Coordinar con el personal de microbiología para llevar muestras médicas al hospital “Santa Teresa” para su análisis.
3. Atención en Farmacia y despacho de medicamentos.
4. Inventario de medicamentos con el sistema KARDEX.
5. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios promotor social; **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. 33,000.00 (TREINTRA Y TRES MIL LEMPIRAS)**, que corresponde a un salario mensual de **Lps. 11,000.00 (ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante



El Contratado (a)

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 21-A-2020**. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 24 de septiembre, 2020.



REYNA DANUBIA AGUILAR MEZA

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 21-A-2020**. Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.



REYNA DANUBIA AGUILAR MEZA

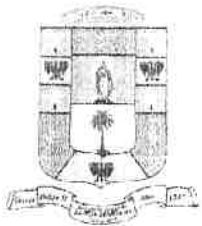
RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 21-A-2020**. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.



REYNA DANUBIA AGUILAR MEZA



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.comayaguajc.gob.hn

17 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 Maestra de Educación Primaria **REYNA DANUBIA AGUILAR MEZA**, quien ha sido seleccionada como Promotora para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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: Marly Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red I Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

Curriculum Vitae

DATOS PERSONALES

Nombre Completo: Reyna Danubia Aguilar Meza
Lugar de Nacimiento: Yoro, Yoro
Fecha de Nacimiento: 14 de noviembre
Estado Civil: Soltera
N° de Identidad: 1801 – 1993 -00110
Nacionalidad: hondureña
Dirección: Barrio La Independencia Comayagua
Celular: 9779 9800



ESTUDIO REALIZADOS

Primaria: Escuela "Presentación Centeno"
Las Delicias de Aguan, La Rosa Yoro
1999 -2004

Educación Secundaria: C.E.B "Pilar M. Martínez"
La Rosa, Yoro
2005 -2007

Diversificado: Escuela Normal Mixta "Guillermo Suazo Córdova"
La Paz, La Paz
2008-2010

Título Obtenido: Maestra de Educación Primaria

Pasante universitario :Universidad Pedagógica” Nacional Francisco Morazán “

En la sede de Tegucigalpa

Carrera : Profesorado en el grado de licenciatura en Educación en Seguridad Alimentaria y Nutricional

EXPERENCIA LABORAL

- Labore en el C.E.B Pilar M. Martínez de la comunidad de La Rosa, Yoro como maestra auxiliar en el año 2011
- Labore en la Empresa Privada Mount Dora Farm durante un periodo de 4 meses en el año 2016
- Cubrí un contrato durante un periodo de tres meses, con el programa “Vida mejor” en Caxa Real, Comayagua.
- Cubrí una licencia como maestra auxiliar en el año 2017, en la Escuela “Mixta Emanuel” ubicada en la comunidad de El Arrayan, Comayagua
- En 2018 ,2019 y los primeros meses del 2020 labore como Maestra de Educación Primaria en la Escuela Fray Juan de Jesús Zepeda ubicada en la ciudad de Comayagua .

CURSOS RECIBIDOS

- Recibí asamblea del COLPROSUMAH seccional N° 14 en la escuela Esther Gumper en Yoro en el año 2011.
- Participación en la conferencia “Educación en valores” En Comayagua ,Comayagua en la UPNFM en el año 2012.
- Por haber impartido Seminario Taller en la Socialización de la Metodología para la enseñanza de la lecto-escritura, para Primer Grado durante 3 tres días en el año 2015.
- Recibi seminario sobre problemas de aprendizaje en la matemática en niños y niñas discapacidades educativas Especiales en la Ciudad de La Paz en el año 2015

- Certificado por haber aprobado el curso “ Calidad en la Atención al Cliente” del 19 de al 23 de Marzo del 2018, impartido por INFOP.
- Participacion en el “Taller en Servicio al Cliente y Comunicación Efectiva ” , el 06 de Septiembre del 2018 ,otorgado por UNITEC.



Reyna Danubia Aguilar Meza

Celular : 9779 -9800



Promoción

Poeta "Froylán Turcios"

La Director (a) de la Normal Mixta "Guillermo Suazo Córdova" de

La Paz Departamento La Paz

Por Cuanto: Le confiere a

Reyna Danubia Aguilar Meza

El Grado de **Maestra de Educación Primaria**

El día 30 del mes de Noviembre del dos mil diez

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



[Signature]
Director (a) del Establecimiento

El (la) Secretario (a) de la Normal Mixta "Guillermo Suazo Córdova" deja constancia de haber registrado este Título bajo el N°. 143 Folio 48 del libro N°. 01 el día 30 de noviembre del 2010



[Signature]
Secretario (a) del Establecimiento

El (la) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de La Paz deja constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N°. 1534 año 2010 Fecha de aprobación 18 noviembre 2010 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N°.

1 Reg. 2888 Folio 11

Lugar y Fecha La Paz, Honduras dos de diciembre 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 La Paz 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:

Maestra de Educación Primaria

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

Dado en La Paz el día Treinta del mes de Noviembre del dos mil diez



[Signature]
Director (a) Departamental de Educación



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD



REYNA DANUBIA / AGUILAR MEZA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 14 NOVIEMBRE 1993
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 04 NOVIEMBRE 2010



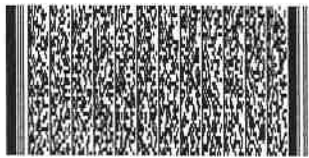
1801-1993-00110



12955029-01

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 1801

REYNA DANUBIA / AGUILAR MEZA

1801-1993-00110



República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 09/02/2018

RTN: 18011993001100

REYNA DANUBIA AGUILAR MEZA
Nombre o Razón 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. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 58 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.


Ministra Directora



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- 2834752

Transacción: FE2069



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 267429

N° 000267429

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
REYNA DANUBIA AGUILAR MEZA
1801-1002-00110

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
22/01/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 138.37



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.
22-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) FERNANDA GISSEL ROVELO RAMIREZ**, identidad **0301-2002-00216** solvencia municipal No. 275663 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 un profesional promotor social de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **PROMOTOR SOCIAL** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE** en el Instituto Departamental “León Alvarado”.

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

1. Orientar al paciente a preclínica para luego su atención con el médico.
2. Coordinar con el personal de microbiología para llevar muestras médicas al hospital “Santa Teresa” para su análisis.
3. Atención en Farmacia y despacho de medicamentos.
4. Inventario de medicamentos con el sistema KARDEX.
5. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios promotor social; **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. 33,000.00 (TREINTRA Y TRES MIL LEMPIRAS), que corresponde a un salario mensual de Lps. 11,000.00 (ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante

Fernanda Rovelo
El Contratado (a)

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 22-A-2020 Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, **2020**.

Comayagua, 24 de septiembre, 2020.

Fernanda Rovelo

FERNANDA GISSEL ROVELO RAMIREZ

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 22-A-2020 Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.

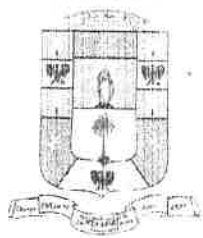
Fernanda Rovelo
FERNANDA GISSEL ROVELO RAMIREZ

RECIBO POR L. 11,000.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **ONCE MIL LEMPIRAS EXACTOS (L. 11,000.00)**, por trabajo temporal como Promotor Social en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 22-A-2020. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, 2020.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020

Fernanda Rovelo
FERNANDA GISSEL ROVELO RAMIREZ



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

20 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 señora **FERNANDA GISSEL ROVELO RAMIREZ**, quien ha sido seleccionada como **Aseadora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Fernanda Rovelo

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 VITAE



DATOS GENERALES

NOMBRE: FERNANDA GISSEL ROVELO RAMIREZ

FECHA DE NACIMIENTO: 25 DE NOVIEMBRE 2001

DIRECCION: VALLE DE ANGELES COMAYAGUA

N° DE IDENTIDAD: 0301-2002-00216

N° DE TELEFONO: 8791-8800

ESTUDIOS REALIZADOS

- ✦ EDUCACION PRIMARIA
- ✦ EDUCACION SECUNDARIA
- ✦ 2 AÑO DE BACHILLERATO EN SALUD Y NUTRICION CON HORIENTACION EN ENFERMERIA.

EXPERIENCIAS LABORALES

VENDEDORA EN TIENDA DE ROPA

REFERENCIAS PERSONALES

- | | |
|------------------|-----------|
| ✦ MARLIN RAMIREZ | 3148-0029 |
| ✦ LARIZA RAMIREZ | 8845-0291 |
| ✦ ALAN ROVELO | 3257-3929 |



PROMOCIÓN : Cantautor "Guillermo Anderson Abilés"

DIPLOMA DE ESTUDIOS FINALES
NOMBRE DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA

"Tomalhuacan"

De: Valle de Angeles , Comayagua , Comayagua
Lugar Municipio Departamento

POR CUANTO: Fernanda Sissel Robelo Ramirez

HA FINALIZADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL PRIMERO,
SEGUNDO Y TERCER CICLO DE EDUCACIÓN BÁSICA.
POR TANTO: DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LAS LEYES
EDUCATIVAS SE LE EXTIENDE EL PRESENTE

Diploma

BAJO EL REGISTRO No. 01222

30 de Noviembre del año 2016

Director Distrital de Educación



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD



FERNANDA GISSEL / ROVELO RAMIREZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL : 25 NOVIEMBRE 2001
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 07 ENERO 2020



0301-2002-00216

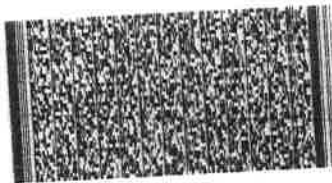


18035142-01

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.

[Handwritten signature]

DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0301

FERNANDA GISSEL / ROVELO RAMIREZ

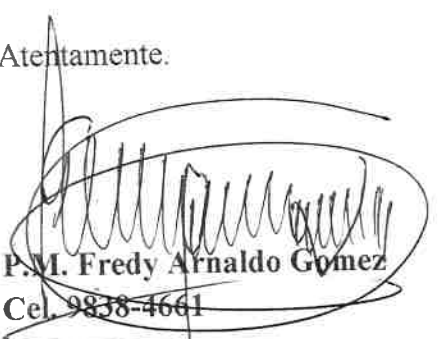
0301-2002-00216

Comayagua 20 de Agosto de 2020

A Quien Interese

Por este medio Hago Constar Que: Conozco en persona a la Joven: **Fernanda Gissel Róbelo Ramírez** con tarjeta de Identidad N°. 0301-2002-00216 de Profesión u Oficio Bachiller en Salud y Nutrición con Orientación en Enfermería; Durante el tiempo que tengo de conocerla ha demostrado ser una persona con valores, iniciativa y deseos de aprender; aparte que es una persona responsable en lo que hace. Por lo que no tengo ningún inconveniente en recomendarla para que se le dé una oportunidad de aplicar todos sus conocimientos aprendidos.

Atentamente.



P.M. Fredy Arnaldo Gomez
Cel. 9838-4661

REFERENCIA PERSONAL

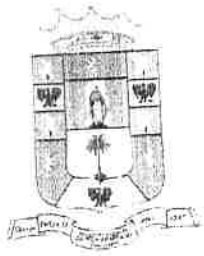
Yo **Juan José Maldonado**, Mayor de Edad, Casado, con Tarjeta de Identidad N° 0301-1969-00174 de profesión u Oficio Licenciado, con domicilio en la ciudad de Comayagua, por medio de la presente hago Constar Que: Conozco en persona a la **Joven Fernanda Gissel Róbelo Ramírez** con tarjeta de identidad # 0301-2002-00216 a través de la presente puedo afirmar que es una persona, trabajadora responsable, honrada y con un alto espíritu de colaboración en su desempeño.

Y para los fines que la interesada estime conveniente se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua a los Veinte días del mes de Agosto del año dos mil veinte



Juan José Maldonado M.

Cel. 9702-2833



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

17 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 señora **VALERY MICHELI CBRERA CUBAS**, quien ha sido seleccionada como Aseadora para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Valery Micheli Cabrera Cubas

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud
Cc: Merly Yajani Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua
Cc: Interesado(a)
Cc: Archivo

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

No.23-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) KAREN MELISSA ALFARO ELVIR**, identidad **0301-1983-00299** solvencia municipal No. 275659, 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 aseo **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **Aseadora** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental "León Alvarado"**.

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

1. Aseo de áreas asignadas como ser: salas de atención a pacientes, laboratorios, sala de hospitalización, baños.
2. Desinfectar todas las partes de área de trabajo.
3. Aseo del contorno de la parte de afuera del edificio.
4. Elaboración y entrega de informe actividades a la alcaldía municipal de Comayagua.
5. Cuidar y controlar los materiales de limpieza y equipo de protección que le sean asignados
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios de aseo; **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. 28,200.00** (VEINTIOCHO MIL DOCIENTOS LEMPIRAS EXCATOS) que corresponde a un salario mensual de **Lps. 9,400.00** (NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante



El Contratado (a)

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseo en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 23-A-2020**. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, **2020**.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.



KAREN-MELISSA ALFARO ELVIR

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 23-A-2020**. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.



KAREN MELISSA ALFARO ELVIR

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 23-A-2020**.
Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.



KAREN MELISSA ALFARO ELVIR

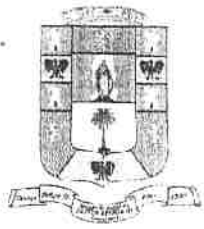
RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 23-A-2020**, Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.



KAREN MELISSA ALFARO ELVIR



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: comavaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.comayagua.gub.hn

17 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 señora **KAREN MELISSA ALFARO ELVIR**, quien ha sido seleccionada como **Aseadora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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 Yelany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

Curriculum Vitae



DATOS PERSONALES:

Nombre Completo: KAREN MELISSA ALFARO ELVIR
Número de Identidad: 0301-1983-00299
Nacionalidad: Hondureña
Estado Civil: Soltera
Dirección: B° Suyapa, Comayagua
Celular: 9589-5045

FORMACION ACADEMICA:

- **Educación Primaria:** Escuela Cleotilde Boquín (año 90 al 95)

EXPERIENCIA LABORAL:

- Alcaldía Municipal (2015-2019)
- Chiken Station (2012-2015)

REFERENCIA PERSONAL:

- Julio Zavala Maldonado
Cel. 9814-6315
- Walter Acosta
Cel. 9903-8880



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

KAREN MELISSA / ALFARO ELVIR



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIÓ EL: 12 FEBRERO 1983
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 20 NOVIEMBRE 2008



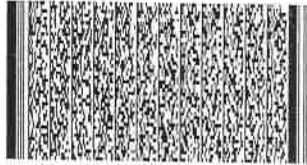
0301-1983-00299



04072846-02

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.

3
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO NACIONAL



SOLICITADA EN 0301

KAREN MELISSA / ALFARO ELVIR

0301-1983-00299



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275659

Nº 900275659

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:

KAREN MELISSA ALFARO EL VIR

0301-1060-00299

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
21/08/20	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.
24-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) ANA MELISSA VALLADARES**, identidad **0101-1981-02712** solvencia municipal No. 275897, 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 aseo **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **Aseadora** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Aseo de áreas asignadas como ser: salas de atención a pacientes, laboratorios, sala de hospitalización, baños.
2. Desinfectar todas las partes de área de trabajo.
3. Aseo del contorno de la parte de afuera del edificio.
4. Elaboración y entrega de informe actividades a la alcaldía municipal de Comayagua.
5. Cuidar y controlar los materiales de limpieza y equipo de protección que le sean asignados
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. Otras responsabilidades que se le sean asignadas por su jefe inmediato.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de **dos (02) meses** con 27 días contados a partir **del 27 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios de aseo; **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. 27,260.00 ~~(VEINTISIETE MIL DOCIENTOS SESENTA LEMPIRAS EXCATOS)~~, que corresponde a un salario mensual de Lps. 9,400.00 ~~(NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS)~~ 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 27 días de agosto de 2020.



El Contratante

Ana Melissa Valladares
El Contratado (a)

RECIBO POR L. 8,460.00 ✓

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA LEMPIRAS EXACTOS) (L. 8460.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 24-A-2020. Correspondiente al 27 de Agosto al 23 de septiembre, 2020. ✓

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.

ANA MELISSA VALLADARES

Ana Melissa Valladares

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 24-A-2020.** Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, **2020.**

Comayagua, 23 de octubre, 2020. ✓

ANA MELISSA VALLADARES

Ana Melissa Valladares

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 24-A-2020**.
Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, 2020.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020. ✓

ANA MELISSA VALLADARES

Ana Melissa Valladares



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

27 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 señora **ANA MELISSA VALLADARES**, quien ha sido seleccionada como **Aseadora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Ana Melissa V.

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

Curriculum Vitae

I. Datos Personales

Nombre: Ana Melissa Valladares
Lugar de Nacimiento: La Ceiba, Atlántida
Fecha de Nacimiento: 21 de septiembre de 1981
Identidad N°: 0101-1981-02712
Estado Civil: Soltera
Nacionalidad: Hondureña
Dirección Actual: B° Arriba, Comayagua
N° de Celular: 8817-5021



II. Formación Académica

Educación Secundaria: Instituto Manuel Bonilla
Educación Primaria: "Escuela Rural Mixta Manuel Andará"

III. Experiencia Laboral:

- **SERVHICOM:**
Cargo: Aseadora
Tiempo: 4 años
- **Típicos Ceibeños.**
Cargo: Jefa de Cocina.
Tiempo: 1 año.

IV. Referencias Personales

- Lic. Gladis Ondina Vallejo Funes: Cel. 3398-5297
- Lic. Giobana Molieri Puerto: Cel. 9559-6730
- Oscar Jair Padilla Velásquez: Cel. 9925-1524

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

ANA MELISSA / VALLADARES

HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL : 21 SEPTIEMBRE 1981
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 10 NOVIEMBRE 2017

0101-1981-02712


03477762-04

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

ANA MELISSA / VALLADARES
0101-1981-02712

REFERENCIA PERSONAL

Yo, **OSCAR JAIR PADILLA VELÁSQUEZ**, Mayor de edad, casado, Bachiller en Ciencias y Letras, Hondureño y de este domicilio, con tarjeta de identidad **0301-1975-01597**, por medio de la presente **HAGO CONSTAR** que conozco a la Señora **ANA MELISSA VALLADARES**, Mayor de edad, soltera, Hondureña y de este domicilio, con tarjeta de identidad número **0101-1981-02712**, como una persona honrada, trabajadora y de buenas costumbres.

En fe de lo cual, suscribo la presente en la Ciudad de Comayagua, Departamento de Comayagua a los 10 días del mes de Marzo del año 2020.

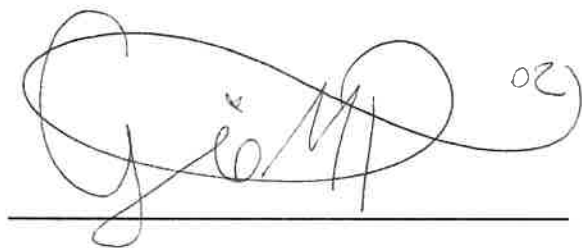
F) 

OSCAR JAIR PADILLA VELÁSQUEZ
T.I. 0301-1975-01597
Celular 9925-1524

Referencia Personal

Comayagua, Honduras 06 de marzo de 2020

Yo Giobana Molieri Puerto Mayor de edad, soltera, licenciada en administración industrial y de negocios, Hondureña con número de identidad 0801-1997-00426, por medio se la presente hago constar que conozco a la señora Ana Melissa Valladares Mayor de edad, soltera, Hondureña, y de este domicilio con número de identidad 0101-1981-02712, como una persona honrada, trabajadora y de buenas costumbres.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Giobana Molieri Puerto', written over a horizontal line. To the right of the signature, the number '02' is written in a small circle.

Giobana Molieri Puerto

0801-1996-0426

Cel. 9559-6730

REFERENCIA PERSONAL

Yo, **GLADIS ONDINA VALLEJO FUNES**, Mayor de edad, soltera, Licenciada en Administración de Empresas, Hondureña y de este domicilio, con tarjeta de identidad **0301-1980-00872**, por medio de la presente **HAGO CONSTAR** que conozco a la Señora **ANA MELISSA VALLADARES**, Mayor de edad, soltera, Hondureña y de este domicilio, con tarjeta de identidad número 0101-1981-02712, como una persona honrada, trabajadora y de buenas costumbres.

En fe de lo cual, suscribo la presente en la Ciudad de Comayagua, Departamento de Comayagua a los 05 días del mes de Marzo del año 2020.

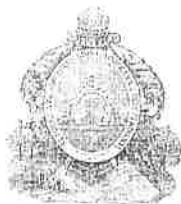
F)



GLADIS ONDINA VALLEJO FUNES

T.I. 0301-1980-00872

Celular 3398-5297



Honduras C.A
Secretaría de Seguridad
Dirección Policial de Investigaciones
(D.P.I.)

CONSTANCIA DE ANTECEDENTES POLICIALES

El Suscrito Jefe Departamental de la **DIRECCIÓN POLICIAL DE INVESTIGACIONES (DPI)** del Departamento de Comayagua, por este medio **HACE CONSTAR QUE:** Según nuestros archivos y los archivos de la Oficina Central del Departamento de Archivo Criminal El (la) Señor(a): **ANA MELISSA VALLADARES**, de Nacionalidad **HONDUREÑA**, con Tarjeta de Identidad **No.0101-1981-02712** ****ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA REGISTRADO (A)**** QUE HAYA COMETIDO DELITO O FALTA ALGUNA.

Y, para constancia se firma la presente en la Ciudad de Comayagua, a los Seis días del mes de marzo del año Dos mil Veinte.

VIGENCIA POR UN (1) AÑO

INSPECTOR DE POLICIA



YONIS JOAQUIN COTO FLORES.
JEFE DEPARTAMENTAL NO. 3 (DPI), COMAYAGUA.
(B-T/0243)



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275037

Nº 000173553

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
 ANA MELISSA VALLADARES
 0104-036-02703

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
01/05/20	31/12/2020	2019

VALOR PAGO: 23.60



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE _____

COMAYAGUA, GUATEMALA S.A. (RUC) 6097920718 TEL: (201) 9241 2795-138 2324600 FAX: (201) 9231 1500 COMAYAGUA

DECLARACIONES DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES
 EN EL AÑO 2019
 EN EL AÑO 2019
 EN EL AÑO 2019

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
25-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). VALERY MICHELL CABRERA CUBAS**, identidad **0301-1989-02270** solvencia municipal No. 275657, 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 aseo **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **Aseadora** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental "León Alvarado"**.

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

1. Aseo de áreas asignadas como ser: salas de atención a pacientes, laboratorios, sala de hospitalización, baños.
2. Desinfectar todas las partes de área de trabajo.
3. Aseo del contorno de la parte de afuera del edificio.
4. Elaboración y entrega de informe actividades a la alcaldía municipal de Comayagua.
5. Cuidar y controlar los materiales de limpieza y equipo de protección que le sean asignados
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios de aseo; **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. 28,200.00 (VEINTIOCHO MIL DOCIENTOS LEMPIRAS EXCATOS), que corresponde a un salario mensual de Lps. 9,400.00 (NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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**.

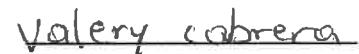
CLÁUSULA NOVENA: Todo lo no previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante



El Contratado (a)

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 25-A-2020**.
Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, **2020**.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.

Valery Michell Cabrera Cubas
VALERY MICHELL CABRERA CUBAS

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto "León Alvarado" en la emergencia COVID-19, según contrato No. 25-A-2020.
Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020 ✓

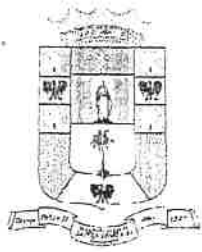
Valery Michell Cabrera Cubas
VALERY MICHELL CABRERA CUBAS

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 24-A-2020.
Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, 2020.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.

valery michell cabrera cubas
VALERY MICHELL CABRERA CUBAS



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.com

17 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 señora **VALERY MICHELL CBRERA CUBAS**, quien ha sido seleccionada como **Aseadora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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 Yalanz Cortés Oviedo; Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

*Recibo
de Merly Cortés
8/18/20*

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

CURRICULUM VITAE

I. DATOS PERSONALES

Nombre: **Valery Michell Cabrera Cubas**
N° de identidad: 0301-1989-02270
Fecha de Nacimiento: 10 de julio de 1985
Lugar de nacimiento: Comayagua
Nacionalidad: Hondureña
Sexo: Femenino
Estado Civil: Unión Libre
Dirección: Valle de Ángeles, Comayagua
Celular: 9760-0218

II. ESTUDIOS REALIZADOS

- Educación Primaria y Ciclo: C.E.B. Comalhuacan, Valle de Ángeles, Comayagua.
- Educación Secundaria: Instituto Departamental León Alvarado, Comayagua (segundo año de Bachillerato en Promoción Social)

III. EXPERIENCIA LABORAL

- En casa (2 años)
- Chesnut: Área de cortar chile (2 meses)



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE EDUCACION
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE EDUCACION



PROMOCION: "Profesor Raúl Zaldívar Rápalo"

DIRECTOR (A) DEL CENTRO DE EDUCACION BASICA
"Comalhuacán"

DE: Valle de Angeles, Comayagua, Comayagua.
Lugar Municipio Departamento

POR CUANTO: Galery Michell Cabrera Gubas
HA FINALIZADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL PRIMERO, SEGUNDO
Y TERCER CICLO DE EDUCACION BASICA

POR TANTO:
DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LAS LEYES EDUCATIVAS SE LE
EXTIENDE EL PRESENTE

Diploma

30 DE Noviembre DE 2006

[Firma]

Maestro (a) de Grado



[Firma]
Director (a) CEB



[Firma]
Asistente Técnico Director Departamental



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

VALERY MICHELL / CABRERA CUBAS



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 10 JULIO 1989
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 05 NOVIEMBRE 2008

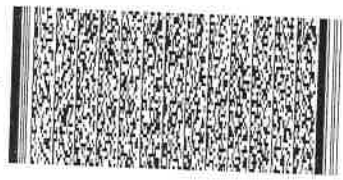
0301-1989-02270



11927272-01

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.

VALERY MICHELL / CABRERA CUBAS



SOLICITADA EN 0301

VALERY MICHELL / CABRERA CUBAS

0301-1989-02270

REPÚBLICA DE HONDURAS
PODER JUDICIAL
CONSTANCIA
TRABAJO



No.0072392

VALOR: L. 150.00

EMITIDA: 17/07/2018 EN: COMAYAGUA, COMAYAGUA

NOMBRES: VALÉRY MICHELL

APELLIDOS: CABRERA CUBAS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0301198902270

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 10/07/1989

DOMICILIO: VALLE DE ANGELES, 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 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.



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 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.



Competencia

- | | | | |
|------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 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"/> | | |



Ministra Directora

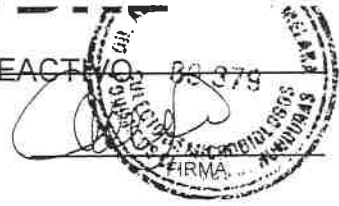
Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 2969692 Transacción: AF836B

Resultado: ~~NO REACTIVO~~



Fecha: 17/07/2018



REFERENCIA PERSONAL

Yo, JUAN JOSE MALDONADO MALDONADO, Director del Centro Básico **COMALHUACAN** de la Aldea Valle de Ángeles del municipio de Comayagua por medio de la presente Doy FE: que la joven:, VALERY MICHELL CABRERA CUBAS con identidad **0301-1989-02270** hondureña de nacimiento, vecina de la ciudad de Comayagua, Aldea de Valle de Ángeles Y estudiante egresada de este centro educativo del noveno grado, es una persona responsable, confiable y además muy trabajadora A quien recomiendo para que pueda ser tomada en consideración para cualquier oportunidad de empleo.

Y para los fines que estime conveniente, se firma la presente en la Comayagua a los 16 días del mes de Julio de 2018.

JUAN JOSE MALDONADO M.
CEL. 9702-2833

REFERENCIA PERSONAL

Yo, DILMA MILEYDA HERNADEZ VELASQUEZ, Sub- Directora del Centro Básico **COMALHUACAN** de la Aldea Valle de Ángeles del municipio de Comayagua por medio de la presente Doy FE: que la joven:, VALERY MICHELL CABRERA CUBAS con identidad **0301-1989-02270** hondureña de nacimiento, vecina de la ciudad de Comayagua, Aldea de Valle de Ángeles Y estudiante egresada de este centro educativo del noveno grado, es una persona responsable, confiable y además muy trabajadora A quien recomiendo para que pueda ser tomada en consideración para cualquier oportunidad de empleo.

Y para los fines que estime conveniente, se firma la presente en la Comayagua a los 16 días del mes de Julio de 2018.



Dilma M. Hernández
DILMA MILEYDA HERNANDEZ.
CEL. 9947-6546

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
26-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) INGRIS MARISOL LOPEZ GUZMAN**, identidad **0301-1990-01085** solvencia municipal No. 275558, 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 aseo **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **Aseadora** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental "León Alvarado"**.

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

1. Aseo de áreas asignadas como ser: salas de atención a pacientes, laboratorios, sala de hospitalización, baños.
2. Desinfectar todas las partes de área de trabajo.
3. Aseo del contorno de la parte de afuera del edificio.
4. Elaboración y entrega de informe actividades a la alcaldía municipal de Comayagua.
5. Cuidar y controlar los materiales de limpieza y equipo de protección que le sean asignados
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios de aseo; **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. 28,200.00 (VEINTIOCHO MIL DOCIENTOS LEMPIRAS EXCATOS), que corresponde a un salario mensual de Lps. 9,400.00 (NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020. ✓



El Contratante

Ingris Marisol López
El Contratado (a)

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 26-A-2020** Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, **2020**.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020, ✓

Ingris Marisol López Guzmán
INGRIS MARISOL LOPEZ GUZMAN

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 26-A-2020 Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.✓

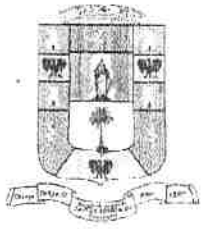
Ingris Marisol López Guzmán
INGRIS MARISOL LOPEZ GUZMAN

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 26-A-2020**. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.✓

Ingris Marisol López Guzmán.
INGRIS MARISOL LOPEZ GUZMAN



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

17 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 Bachiller en Ciencias y Letras **INGRIS MARISOL LOPEZ GUZMAN**, quien ha sido seleccionada como **Aseadora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Ingris Marisol López Guzmán.

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

Curriculum Vitae

I. Datos Personales

Nombre: Ingris Marisol López Guzmán

Lugar de Nacimiento: Comayagua, Comayagua

Fecha de Nacimiento: 06 de marzo de 1990

Identidad N°: 0301-1990-01085

Estado Civil: Unión Libre

Edad: 29 años

Nacionalidad: Hondureña

Dirección Actual: Palo Pintado, Comayagua

N° de Celular: 9703-7497

II. Formación Académica

Diversificado: Liceo Jesús de Nazaret, Comayagua, Comayagua

Ciclo Común: Inst. Polivalente 18 de junio, palo pintado, Comayagua

Educación Primaria: "Escuela José Trinidad Cabañas", Palo Pintado

III. Cursos Recibidos

- Curso de Calidad en Atención al Cliente impartido por INFOP.
- Trabajo desarrollado en la Alcaldía Municipal. (Catastro)(6 meses)
- Departamento de Policía (3 meses)



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275558

N° 000275559

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:	
INGRIS MARISOL LOPEZ GUZMAN	
0301-1990-01085	

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
17/08/20	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.

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

INGRIS MARISOL LOPEZ GUZMAN



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 06 MARZO 1990
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 08 AGOSTO 2009

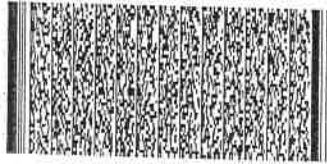
0301-1990-01085



12198119-01

ARTICULO 51 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

INGRIS MARISOL / LOPEZ GUZMAN
0301-1990-01085



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE EDUCACION
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE EDUCACION



DEPARTAMENTO DE: Comayagua

Promoción: Profesor "Obed Castañeda Lainez"

Diploma de Estudios Finales

Director(a) de la Escuela: De Aplicación "José Trinidad Cabañaz"

de Palo Pintado Municipio Comayagua Departamento Comayagua

POR CUANTO: Angela Marisol López Guzmán

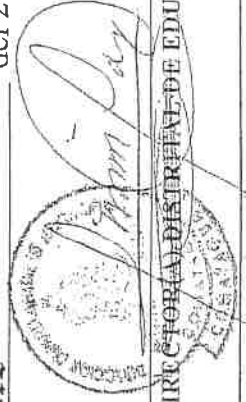
ha cumplido con su Obligatoriedad Escolar.

POR TANTO: De conformidad con el Artículo 101 del reglamento General de Educación Primaria se le extiende el presente *Diploma* registrado bajo el No. 97333

Palo Pintado, Comayagua, 30 de Noviembre del 200 3

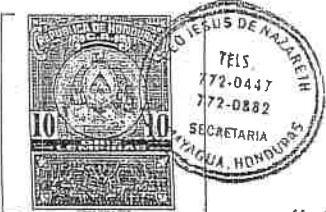


Ramón R. Zelaya C.
MAESTRO(A) DE GRADO



DIRECCION DEPARTAMENTAL DE EDUCACION

DIRECTOR(A) ESCUELA



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

"José Trinidad Cabañas"

El Director (a) de LICEO "JESUS DE NAZARETH" de Comayagua Departamento Comayagua

Por Cuanto: Le confiere a

INGRIS MARISOL LOPEZ GUZMAN

El Grado de BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS

El día 23 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 LICEO "JESUS DE NAZARETH" de Comayagua Departamento Comayagua deja constancia de haber registrado este Título bajo el N.º 1,113 Folio 060 del libro 01 el día 23 de Noviembre de 2009

El (La) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de Comayagua Departamento Comayagua deja constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N.º 19,618 Año 2009 Fecha de aprobación 17 de Noviembre de 2009 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º 1.3 Reg. 19,618 Folio 608

Lugar y Fecha Comayagua 30 de Noviembre de 2009

[Signature]
Secretaria (a) Dirección Dep. de Educación
COMAYAGUA

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 30 del mes de Noviembre del dos mil Nueve

[Signature]
Dirección Departamental de Educación
COMAYAGUA



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

"José Trinidad Cabañas"

El Director (a) de LICEO "JESUS DE NAZARETH" de Comayagua Departamento Comayagua

Por Cuanto: Le confiere a

INGRIS MARISOL LOPEZ GUZMAN

El Grado de **TECNICO EN COMPUTACION**
El día 23 del mes de Noviembre del dos mil nueve

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

El (La) Secretario (a) de LICEO "JESUS DE NAZARETH" deja constancia de haber registrado este Título bajo el N° 1,228 Folio 066 del libro 01 el día 23 de Noviembre de 2009



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° 19732 Año 2009 Fecha de aprobación 17 de Noviembre de 2009 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N° 1-3 Reg. 19732 Folio 612

Lugar y Fecha Comayagua 30 de Noviembre de 2009



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-Reglamentario N° 162-96 expediente el presente Título de: **TECNICO EN COMPUTACION**

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 del dos mil Nueve

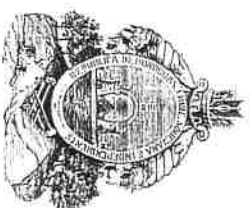


Dirección Departamental de Educación



República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL



OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO

A: INGRIS MARISOL LÓPEZ GUZMÁN

Por haber aprobado el curso: CALIDAD EN ATENCIÓN AL CLIENTE

Impartido en la Unidad Operativa/Entidad: DESARROLLO EMPRESARIAL

Del 13 DE JULIO/2009 al 17 DE JULIO/2009 duración 20 horas

Modo de Formación: COMPLEMENTACIÓN

Dada en TEGUCIGALPA a las CINCO días del mes de OCTUBRE de 2009

Registro: 823,255



Jefe Unidad Ejecutora

Instructor

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
27-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) FATIMA DINORA MEJIA VARGAS**, identidad **0301-1997-00629** solvencia municipal No. 275618, 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 aseo **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **Aseadora** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Aseo de áreas asignadas como ser: salas de atención a pacientes, laboratorios, sala de hospitalización, baños.
2. Desinfectar todas las partes de área de trabajo.
3. Aseo del contorno de la parte de afuera del edificio.
4. Elaboración y entrega de informe actividades a la alcaldía municipal de Comayagua.
5. Cuidar y controlar los materiales de limpieza y equipo de protección que le sean asignados
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios de aseo; **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. 28,200.00 (VEINTIOCHO MIL DOCIENTOS LEMPIRAS EXCATOS)**, que corresponde a un salario mensual de **Lps. 9,400.00 (NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS)** 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020. ✓



El Contratante

Fatima Mejia
El Contratado (a)

RECIBO POR L.

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 27-A-2020. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020. ✓

Fatima Mejia
FATIMA DINORA MEJIA VARGAS

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 27-A-2020. ✓
Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020. ✓

Fatima Mejia
FATIMA DINORA MEJIA VARGAS

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 27-A-2020.** Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020.**

Comayagua, 23 de noviembre, 2020. ✓

Fatima Mejia
FATIMA DINORA MEJIA VARGAS



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

20 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 señora **FATIMA DINORA MEJIA VARGAS**, quien ha sido seleccionada como **Aseadora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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,


CARLO 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

CURRICULUM VITAE



I. DATOS PERSONALES.

Nombre Completo:	Fátima Dinora Mejía Vargas
Número de Identidad:	0301-1997-00629
Fecha de Nacimiento:	19 de enero de 1997
Lugar de Nacimiento:	Comayagua, Comayagua
Estado Civil:	Soltera
Edad:	22 años
Nacionalidad:	hondureña
Teléfono:	9801-9483
Dirección:	Aldea el Matazano

II. ESTUDIOS REALIZADOS.

Educación Primaria Completa: Escuela Nuevo Milenio

III. EXPERIENCIA LABORAL.

- Ama de casa – Oficios Domésticos
- Experiencia en Aseo

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

FATIMA DINORA / MEJIA VARGAS

HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 19 ENERO 1997
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 25 NOVIEMBRE 2014

0301-1997-00629

14992314-01

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 dara lugar a la sanción penal correspondiente.


DIRECTOR R.N.P.

SOLICITADA EN 0801
FATIMA DINORA / MEJIA VARGAS
0301-1997-00629



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES.

N° 00027561

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
FATIMA DINORA MEJIA VARGAS
 0301-1997-00829

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

Valor Pag. 22.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE _____

REPUBLICA DE HONDURAS, A. M. M. COMAYAGUA, T. L. A. M. MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA, T. L. A. M.

SOLVENCIA N°

EL SUSCRITO HACE CONSTAR QUE EL CONTRIBUYENTE HA PAGO 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.

CONSTANCIA

TRABAJO



No. 134363

EMITIDA: 27/05/2019 EN: COMAYAGUA, COMAYAGUA

NOMBRES: FATIMA DINORA

APELLIDOS: MEJIA VARGAS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0301199700629

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 19/01/1997

DOMICILIO: ALDEA SAN ANTONIO DEL MATAZANO, 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 ***





República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 03/06/2019

RTN: 03011997006291

FATIMA DINORA MEJIA VARGAS

Nombre o Razón 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. 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.



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- 3210214

Transacción: 229B0A

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
28-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) YURI WALESKA ADRIANO RIVAS**, identidad **0301-1988-00899** solvencia municipal No. 270916, 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 aseo **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **Aseadora** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Aseo de áreas asignadas como ser: salas de atención a pacientes, laboratorios, sala de hospitalización, baños.
2. Desinfectar todas las partes de área de trabajo.
3. Aseo del contorno de la parte de afuera del edificio.
4. Elaboración y entrega de informe actividades a la alcaldía municipal de Comayagua.
5. Cuidar y controlar los materiales de limpieza y equipo de protección que le sean asignados
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios de aseo; **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. 28,200.00 / (VEINTIOCHO MIL DOCIENTOS LEMPIRAS EXCATOS), que corresponde a un salario mensual de Lps. 9,400.00 (NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante

Yuri W.A.R.

El Contratado (a)

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 28-A-2020 Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.

Yuri W.A.R.
YURI WALESKA ADRIANO RIVAS

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 28-A-2020.
Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.

Yuri W.A.R.

YURI WALESKA ADRIANO RIVAS

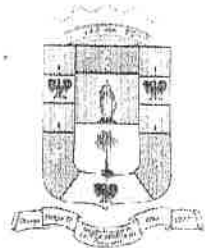
RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 28-A-2020**. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, 2020. ✓

Comayagua, 23 de noviembre, 2020. ✓

Yuri W.A.R.

YURI WALESKA ADRIANO RIVAS



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.honduras.gob.hn

20 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 señora **YURI WALESKA ADRIANO RIVAS**, quien ha sido seleccionada como **Aseadora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Yuri Waleska Adriano Rivas

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

YURI WALESKA ADRIANO RIVAS



DATOS PERSONALES

Nombre: Yuri Waleska Adriano Rivas
Edad: 31 Años
N. Identidad: 0301-1988-00899
Ocupación: Ama de Casa.
Nacionalidad: Hondureña
Dirección: Palmerola #1 villa de San Antonio, Comayagua
Teléfono: (504) 9623-6415

OBJETIVO PROFESIONAL

- Superarme en todos los aspectos de mi vida, brindando lo mejor de mí cada día, tanto en el aspecto laboral como en el aspecto personal.

FORMACION ACADEMICA

PRIMARIA

Escuela: José Trinidad Cabañas

PRE-ESCOLAR

Jardín de Niños: Azucena Melara

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- **EMPRESA:** Aguas de Comayagua
- **Cargo:** Área de Limpieza

- **Empresa:** Dinan
- **Cargo:** Área de Limpieza de nuez de marañón

COMPETENCIAS PERSONALES

- Trabajo en equipo
- Capacidad de aprendizaje rápido
- Iniciativa
- Comunicación Verbal
- Liderazgo
- Capacidad de análisis

REFERENCIAS PERSONALES

- ✓ Claudia Marina Adriana Rivas:
Celular: 3319-6895

YURI WALESKA / ADRIANO RIVAS



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 02 DICIEMBRE 1987
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL 17 NOVIEMBRE 2009



0301-1988-00899



11224279-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podra privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infraccion de la disposicion de este articulo dara lugar a la sancion penal correspondiente.



DIRECTOR F.I.N.E.



SOLICITADA EN 0301

YURI WALESKA / ADRIANO RIVAS

0301-1988-00899



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE TRABAJO
Y SEGURIDAD SOCIAL

CONSTANCIA

Por medio de la presente, el Servicio Nacional de Empleo de Honduras SENAEH, dependencia de la Dirección General de Empleo de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (STSS), Hace Constar que: *Yuri Waleiska Adriano Rivas* con número de Identidad N° **0301-1988-00899** ha recibido el Taller de Orientación Laboral, que incluye: Elaboración de Curriculum Vitae, Entrevista de Trabajo, Técnicas de Búsqueda de Empleo y Búsqueda de Empleo por Internet. Con una duración de tres horas, impartido en las instalaciones del SENAEH, de la ciudad de Comayagua.

Y para los fines que al interesado convenga, se le extiende la presente, en la Ciudad de Comayagua, Comayagua, Honduras a los 07 días del mes de febrero de 2020.



Lic. Claudia Melissa Mejía Bonilla

Promotora de Empleo

Servicio Nacional de Empleo de Honduras (SENAEH) Comayagua



EMITIDA: 14/02/2020 EN: COMAYAGUA, COMAYAGUA

NOMBRES: YURI WALESKA

APELLIDOS: ADRIANO RIVAS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0301198800899

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/1987

DOMICILIO: PALMEROLA #1, 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:

NOMBRES

DOCUMENTO

SEXO: Femenino

DOMICILIO

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

NOMBRES

DOCUMENTO

SEXO: Femenino

DOMICILIO



NORMA LIZETH CASCO RODAS

COORDINADOR(A)

UNIDAD DE ANTECEDENTES PENALES

*** VALIDO A NIVEL NACIONAL ***



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
29-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) REYNA NICOLS AGUILAR ZEPEDA**, identidad **0321-1997-00194** solvencia municipal No. 275662, 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 aseo **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **Aseadora** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Aseo de áreas asignadas como ser: salas de atención a pacientes, laboratorios, sala de hospitalización, baños.
2. Desinfectar todas las partes de área de trabajo.
3. Aseo del contorno de la parte de afuera del edificio.
4. Elaboración y entrega de informe actividades a la alcaldía municipal de Comayagua.
5. Cuidar y controlar los materiales de limpieza y equipo de protección que le sean asignados
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios de aseo; **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. 28,200.00** (VEINTIOCHO MIL DOCIENTOS LEMPIRAS EXCATOS), que corresponde a un salario mensual de **Lps. 9,400.00** (NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020. ✓



El Contratante



El Contratado (a)

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 29-A-2020 Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020. ✓

Comayagua, 23 de septiembre, 2020. ✓

Reyna Nicols Aguilar Zepeda

REYNA NICOLS AGUILAR ZEPEDA

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 29-A-2020.** Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.

Reyna Nicols Aguilar Zepeda
REYNA NICOLS AGUILAR ZEPEDA

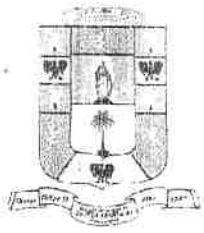
RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 29-A-2020. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, 2020. ✓

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.

Reyna Nicols Aguilar Zepeda

REYNA NICOLS AGUILAR ZEPEDA



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

17 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 joven **REYNA NICOLS AGUILAR ZEPEDA**, quien ha sido seleccionada como **Aseadora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Reyna Nicols Aguilar Zepeda

Cc: Licenciada Dolores Ortega: Directora Regional de Salud

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

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo



Datos personales

Nombre: REYNA NICOLS AGUILAR

Id: 0321-1997-00194

Edad: 23 años

Dirección: Barrio la Arriba, Comayagua
Comayagua.

Estado Civil: Soltero

E-mail: Zepedareyna796@gmail.com

Cel: 3233-7277

Otros Datos de interés:

- Disponibilidad De Cambio De Residencia: SI

Habilidades y conocimientos

- Aprendizaje rápido.
- Excelentes relaciones interpersonales.
- Manejo de Microsoft Office.
- Facilidad de expresión.
- Proactivo.
- Trabajo en equipo.

CURRICULUM VITAE

Formación Académica

Educación media:

Ciclo común básica.

(Instituto polivalente 18 de junio)
Palo Pintado, Comayagua.

Experiencia Laboral

Muack maquillajes.

(SECORRE)

Atención al cliente y responsable de ventas. 1 Año (2018 – 2019)

- Administración de ventas.
- Responsable de tienda.
- Asistente de atención al público.
- Mantenimiento de equipo.

Otros cursos recibidos:

- Ventas.
- Planeación estratégica.

Referencias personales.

Lic. Heydi Zepeda: 2772 -3336

Administrador de SECORRE.

Denis Orlando Aguilar

Conductor de Refugio IMI

Bessy Antonia Fonseca

Maestra de educación secundaria

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

REYNA NICOLS / AGUILAR ZEPEDA

HONDURANA POR NACIMIENTO
NACIDA EL 28 NOVIEMBRE 1996
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 18 NOVIEMBRE 2014

0321-1997-00194

15345267-01

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 H.D.P.

SOLICITADA EN 0301

REYNA NICOLS / AGUILAR ZEPEDA

0321-1997-00194

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
30-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) GLADYS GOMEZ NUÑEZ**, identidad **0209-1978-00631** solvencia municipal No. 275656 , 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 aseo **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **Aseadora** quien tendrá su sede en el Municipio de Comayagua, en el **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Aseo de áreas asignadas como ser: salas de atención a pacientes, laboratorios, sala de hospitalización, baños.
2. Desinfectar todas las partes de área de trabajo.
3. Aseo del contorno de la parte de afuera del edificio.
4. Elaboración y entrega de informe actividades a la alcaldía municipal de Comayagua.
5. Cuidar y controlar los materiales de limpieza y equipo de protección que le sean asignados
6. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
7. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 de noviembre, 2020** estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios de aseo; **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. 28,200.00 (VEINTIOCHO MIL DOCIENTOS LEMPIRAS**

CLÁUSULA CUARTA: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: El monto de este contrato es la cantidad de **L. 28,200.00** (VEINTIOCHO MIL DOCIENTOS LEMPIRAS EXCATOS), que corresponde a un salario mensual de **Lps. 9,400.00** (NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) 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 ocho horas de lunes a sábado, 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 24 días de agosto de 2020. ✓



El Contratante



El Contratado (a)

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 30-A-2020** Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, **2020**.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.

GLADYS GOMEZ NUÑEZ

Glady Gómez Nuñez

RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 30-A-2020.** ✓
Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, **2020** ✓

Comayagua, 23 de octubre, 2020. ✓

GLADYS GOMEZ NUÑEZ

Gladys Gomez Nuñez

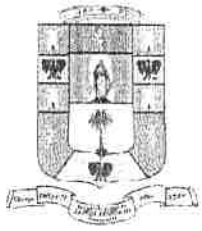
RECIBO POR L. 9,400.00

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **NUEVE MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS) (L. 9,400.00)**, por trabajo temporal como aseadora en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 30-A-2020.
Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, 2020.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.

GLADYS GOMEZ NUÑEZ

Gladys Gomez Nuñez



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

17 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 señora **GLADIS GOMEZ NUÑEZ**, quien ha sido seleccionada como **Aseadora** para participar en la capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Gladi's GómeZ

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

CURRICULUM VITAE

1 DATOS PERSONALES

<i>NOMBRE COMPLETO</i>	<i>GLADYS GOMEZ NUÑEZ</i>
<i>LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO</i>	<i>TOCOA, COLON 17 DE MAYO 1978</i>
<i>NUMERO DE IDENTIDAD</i>	<i>0209-1978-00631</i>
<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>UNION LIBRE</i>
<i>NUMERO DE TELEFONO</i>	<i>Cel. 95996699</i>

II.- FORMACION

<i>EDUCACION PRIMARIA:</i>	<i>C. E. B. COMALHUACAN</i>
<i>AÑO 1985-1992</i>	<i>QUINTO GRADO</i>

III.- REFERENCIAS

FREDY ARNALDO GOMEZ TELÉFONO CELULAR NO. 98310215
LIC. JUAN JOSE MALDONADO TELÉFONO CELULAR 97022833

COMAYAGUA 17, DE AGOSTO DE 2020

Gladis Gomez Nuñez

GLADYS GOMEZ NUÑEZ

REFERENCIA PERSONAL

Yo Juan José Maldonado, Mayor de Edad, Casado, con Tarjeta de Identidad N° 0301-1969-00174 de profesión u Oficio Licenciado, con domicilio en la ciudad de Comayagua, por medio de la presente hago Constar Que: Conozco en persona a la señora **GLADYS GOMEZ NUÑEZ** con tarjeta de identidad # 0209-1978-00631 a través de la presente puedo afirmar que es una persona, trabajadora responsable, honrada y con un alto espíritu de colaboración en su desempeño.

Y para los fines que la interesada estime conveniente se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua a los Diecisiete días del mes de Agosto del año dos mil veinte


Juan José Maldonado M.
Cel. 9702-2833

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

GLADYS / GOMEZ NUÑEZ

HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 17 MAYO 1978
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 07 MARZO 2017

0209-1978-00631



02092543-00

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona responsable podrá privar a una persona de su tenencia de su Tarjeta de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

[Handwritten signature]
DIRECTOR GENERAL



SOLICITADA EN 0301

GLADYS / GOMEZ NUÑEZ
0209-1978-00631



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES. -

N° 000270001

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
GLADYS GOMEZ NUNEZ
 0000-1478-00001

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
17/08/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag 23.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE _____

FORMULARIOS SIMANORA S.A. (CIN) 990123287776. TEL: 2251-4221-2251-4222-2251-4223. FAX: 2251-4222. TEGUCIGALPA

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.

REFERENCIA PERSONAL

Yo Fredy Arnaldo Gomez, Mayor de Edad, Casado, con Tarjeta de Identidad N° 0301-1971-01179 de profesión u Oficio Perito Mercantil, con domicilio en esta ciudad de Comayagua, por medio de la presente doy fe, que conozco en persona a la señora **GLADYS GOMEZ NUÑEZ** con tarjeta de identidad # 0209-1978-00631 según su comportamiento puedo afirmar que es una persona, muy trabajadora responsable, honrada y con un alto espíritu de colaboración en su desempeño.

Razón por la cual me motiva poder hablar de su forma de ser como persona y hacerse merecedora de los enaltecimientos que hoy estoy dando en esta referencia personal.

Y para los fines que la interesada estime conveniente se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua a los Diecisiete días del mes de Agosto del año dos mil veinte



Fredy Arnaldo Gomez

Cel. 9838-4661

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
31-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) NURY JHORLANIE ORDOÑEZ LIZARDO** identidad **0301-1991-00661** solvencia municipal No.275576, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
2. Ser 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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 ~~24 de agosto, 2020~~ finalizando, ~~23 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 24 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado (a)

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 en el Triaje ubicado en el instituto "León Alvarado" en la emergencia COVID-19,, según contrato No. 31-A-2020. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.

NURY JHORLANIE ORDOÑEZ LIZARDO

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato **No. 31-A-2020**. Correspondiente al 24 de Septiembre al 23 de Octubre, **2020**.

Comayagua, 23 de Octubre, 2020.


NURY JHORLANIE ORDOÑEZ LIZARDO

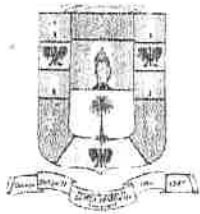
RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato **No. 31-A-2020**. Correspondiente al 24 de Octubre al 23 de Noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de Noviembre, 2020.



NURY JHORLANIE ORDOÑEZ LIZARDO



Alcaldia 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

17 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 **NURY JHORLANIE ORDOÑEZ LIZARDO**, quien ha sido seleccionada, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

CURRÍCULUM VITAE



Nury Jhorlanie Ordoñez Lizardo

Dra. en medicina y cirugía

Identidad: 0301199100661

Teléfono: 31891132

Correo: nuryjol@antel.com

Estado civil: Casada

Idiomas: Ingles / español

OBJETIVO

Con el conocimiento y experiencia adquirida, deseo trabajar y servir a mi país; disponiendo el mejor desempeño y dedicación a la prevención, detección, manejo terapéutico y seguimiento de las diferentes enfermedades que afectan nuestra población.

EDUCACIÓN

Bachillerato en ciencias y letras.

Instituto Deptal. Leon Alvarado
Comayagua, Comayagua

Doctor en medicina y cirugía

Diciembre 2019
Universidad Católica De Honduras.
Tegucigalpa, MDC.

DIPLOMADOS

Diplomado inglés como segunda lengua.

Universidad pedagógica Francisco Morazán.

Diplomado en ingles para la comunicación Internacional

Universidad Católica de Honduras.

Diplomado en gestión de la calidad total.

Universidad Católica de Honduras.

CURSOS / TALLERES

Taller “Cuidados obstétricos neonatales esenciales (CONE), Julio 2019

Hospital General Santa Teresa.

Taller de electrocardiograma, 2019

Centro Nacional de educación médica continua.

Curso virtual “Correcto llenado de certificado de defunción”.

Organización panamericana de salud.

Curso de ética I, 2018

Centro Nacional de educación médica continua.

Curso de ética II, 2019

Centro Nacional de educación médica continua.

Jornada de actualización de dermatología, 2019

Centro nacional de educación médica continua.

Jornada de actualización de nefrología y manejo de hipertensión arterial.

Centro nacional de educación médica continua.

Jornada de actualización Medicina interna, 2019

Centro nacional de educación médica continua.

Jornada de “Uso racional de antibióticos”, 2020

Centro nacional de educación médica continua.

Jornada de “Coronavirus”, 2020

Centro nacional de educación médica continua.

Simposio Virtual: Síndrome Coronario Crónico, 2020

Área Científica Menarini



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS
"NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ"



El Rector en ejercicio de las facultades que la ley le otorga, confiere a

**NURY JHORLANIE
ORDOÑEZ LIZARDO**

El Título de

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Habiendo cumplido con los estudios correspondientes en el grado académico de Doctor en Medicina y Cirugía y satisfecho todos los requisitos Académicos, Legales y Administrativos.

En consecuencia queda investida con todos los derechos y obligaciones que la ley establece.

*Dado en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C.,
a los doce días del mes de diciembre de dos mil diecinueve.*

+ *Dalard. Rodríguez, S.D.B.*
Gran Canciller

[Signature]
Rector

[Signature]
Vicerrector Académico
[Signature]
Secretario General





LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
FRANCISCO MORAZÁN

Otorga a

Nury Thorlanie Ordoñez Lizardo

El Diplomado de

*Inglés como Segunda
Lengua*

*En virtud de haber cumplido con los requisitos
académicos establecidos*

Dado en Comayagua, a los 22 días del mes de Junio de 2007


Msc. DE AZUCENA CRUZ
RECTORA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL




Lic. JOSÉ DAGOBERTO MARTÍNEZ
DIRECTOR EJECUTIVO
FUNDAUPN-EM

UNIVERSIDAD CATOLICA DE HONDURAS
"NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ"



*En uso de las atribuciones que la ley le confiere,
certifica que:*

NURY JHORLANIE ORDOÑEZ LIZARDO

Ha cumplido con los requisitos establecidos para el

***Diplomado en Inglés para la
Comunicación Internacional***

Desarrollado en 540 horas de participación

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C.,

a los doce días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve.



[Signature]
Secretario General

[Signature]

Vicerector Académico



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE HONDURAS
"NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ"**



*En uso de las atribuciones que la ley le confiere,
certifica que:*


NURY JHORLANIE ORDOÑEZ LIZARDO

*Ha cumplido con los requisitos establecidos para el
Diplomado en Gestión de la Calidad Total*

Desarrollado en 135 horas de participación.

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C.,

a los doce días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve.


Vicerrector Académico


Secretario General





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

OTORGA EL PRESENTE
CERTIFICADO

0513885

A:

Dra. Nury Ordóñez Lizardo

Por su participación como asistente en el

Taller de Electrocardiograma

Comayagua, 5, 12, 19, 26 de Julio del 2019

Acreditación CENEMEC: doce punto cuarenta (12.40) horas

Puntos: Cero punto cincuenta (0.50) puntos



DR. PABLO TORO
Instructor



DR. FANNY NAVAS LEÓN
Presidenta de CENEMEC



DR. MATILDE PADILLA
CENEMEC Comayagua

*Hospital General
Santa Teresa
Comayagua*



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

HOSPITAL GENERAL
SANTA TERESA



OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA
A: NURY JHORLANIE ORDOÑEZ LIZARDO

Por su participación en la capacitación sobre “Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales” (CONE) durante la semana del 15 al 19 de Julio de 2019. Con una duración de treinta y cinco horas.

Dra. Violeta Castañeda
Directora Ejecutiva HGST.

Coordinador Técnico de Calidad HGST.



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)
SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Otorgan el Presente

524404

CERTIFICADO

A:

Nury Ordoñez Lizardo

**Por su participación como Asistente en la
Jornada de "Uso Racional de Antibióticos"**

Tegucigalpa, M.D.C., 05 de febrero del 2020

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos


DRA. SUYAPA MARÍA FIGUEROA
Presidenta CMH


DRA. FANNY NAVAS LEÓN
Presidenta de CENEMEC


DR. MARCO TULIO LUQUE
Presidente SHEI





RELACIS
RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE
PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS

LEADERSHIP, MANAGEMENT
& GOVERNANCE PROJECT
Inspired Leadership Sound Management Transparent Governance



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Nury Ordoñez

Ha participado y aprobado el Curso Virtual:
"Correcto llenado del Certificado de Defunción"

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública con un total de ocho horas.

Dado el 14 de octubre de 2018

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en

www.msp.gub.ve/portal/verDetalleProgramaCursoVirtual



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

NURY JHORLANIE / ORDÓÑEZ LIZARDO



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 11 ENERO 1991
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL 19 NOVIEMBRE 2009

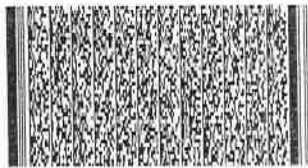
0301-1991-00661



12370500-02

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 0801

NURY JHORLANIE / ORDÓÑEZ LIZARDO

0301-1991-00661



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275576

Nº 000275577

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE: NURY JHORLANIE ORDONEZ 0301-1001-00001
--

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
17/08/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 23.60



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE

COMAYAGUA SOLVENCIA S.A. SIN REPRESENTACIÓN TEL: 2221-4881, 2222-5124, 2223-2224, 2225-2226, 2227-2228, 2229-2230, 2231-2232, 2233-2234, 2235-2236, 2237-2238, 2239-2240, 2241-2242, 2243-2244, 2245-2246, 2247-2248, 2249-2250, 2251-2252, 2253-2254, 2255-2256, 2257-2258, 2259-2260, 2261-2262, 2263-2264, 2265-2266, 2267-2268, 2269-2270, 2271-2272, 2273-2274, 2275-2276, 2277-2278, 2279-2280, 2281-2282, 2283-2284, 2285-2286, 2287-2288, 2289-2290, 2291-2292, 2293-2294, 2295-2296, 2297-2298, 2299-2300, 2301-2302, 2303-2304, 2305-2306, 2307-2308, 2309-2310, 2311-2312, 2313-2314, 2315-2316, 2317-2318, 2319-2320, 2321-2322, 2323-2324, 2325-2326, 2327-2328, 2329-2330, 2331-2332, 2333-2334, 2335-2336, 2337-2338, 2339-2340, 2341-2342, 2343-2344, 2345-2346, 2347-2348, 2349-2350, 2351-2352, 2353-2354, 2355-2356, 2357-2358, 2359-2360, 2361-2362, 2363-2364, 2365-2366, 2367-2368, 2369-2370, 2371-2372, 2373-2374, 2375-2376, 2377-2378, 2379-2380, 2381-2382, 2383-2384, 2385-2386, 2387-2388, 2389-2390, 2391-2392, 2393-2394, 2395-2396, 2397-2398, 2399-2400, 2401-2402, 2403-2404, 2405-2406, 2407-2408, 2409-2410, 2411-2412, 2413-2414, 2415-2416, 2417-2418, 2419-2420, 2421-2422, 2423-2424, 2425-2426, 2427-2428, 2429-2430, 2431-2432, 2433-2434, 2435-2436, 2437-2438, 2439-2440, 2441-2442, 2443-2444, 2445-2446, 2447-2448, 2449-2450, 2451-2452, 2453-2454, 2455-2456, 2457-2458, 2459-2460, 2461-2462, 2463-2464, 2465-2466, 2467-2468, 2469-2470, 2471-2472, 2473-2474, 2475-2476, 2477-2478, 2479-2480, 2481-2482, 2483-2484, 2485-2486, 2487-2488, 2489-2490, 2491-2492, 2493-2494, 2495-2496, 2497-2498, 2499-2500, 2501-2502, 2503-2504, 2505-2506, 2507-2508, 2509-2510, 2511-2512, 2513-2514, 2515-2516, 2517-2518, 2519-2520, 2521-2522, 2523-2524, 2525-2526, 2527-2528, 2529-2530, 2531-2532, 2533-2534, 2535-2536, 2537-2538, 2539-2540, 2541-2542, 2543-2544, 2545-2546, 2547-2548, 2549-2550, 2551-2552, 2553-2554, 2555-2556, 2557-2558, 2559-2560, 2561-2562, 2563-2564, 2565-2566, 2567-2568, 2569-2570, 2571-2572, 2573-2574, 2575-2576, 2577-2578, 2579-2580, 2581-2582, 2583-2584, 2585-2586, 2587-2588, 2589-2590, 2591-2592, 2593-2594, 2595-2596, 2597-2598, 2599-2600, 2601-2602, 2603-2604, 2605-2606, 2607-2608, 2609-2610, 2611-2612, 2613-2614, 2615-2616, 2617-2618, 2619-2620, 2621-2622, 2623-2624, 2625-2626, 2627-2628, 2629-2630, 2631-2632, 2633-2634, 2635-2636, 2637-2638, 2639-2640, 2641-2642, 2643-2644, 2645-2646, 2647-2648, 2649-2650, 2651-2652, 2653-2654, 2655-2656, 2657-2658, 2659-2660, 2661-2662, 2663-2664, 2665-2666, 2667-2668, 2669-2670, 2671-2672, 2673-2674, 2675-2676, 2677-2678, 2679-2680, 2681-2682, 2683-2684, 2685-2686, 2687-2688, 2689-2690, 2691-2692, 2693-2694, 2695-2696, 2697-2698, 2699-2700, 2701-2702, 2703-2704, 2705-2706, 2707-2708, 2709-2710, 2711-2712, 2713-2714, 2715-2716, 2717-2718, 2719-2720, 2721-2722, 2723-2724, 2725-2726, 2727-2728, 2729-2730, 2731-2732, 2733-2734, 2735-2736, 2737-2738, 2739-2740, 2741-2742, 2743-2744, 2745-2746, 2747-2748, 2749-2750, 2751-2752, 2753-2754, 2755-2756, 2757-2758, 2759-2760, 2761-2762, 2763-2764, 2765-2766, 2767-2768, 2769-2770, 2771-2772, 2773-2774, 2775-2776, 2777-2778, 2779-2780, 2781-2782, 2783-2784, 2785-2786, 2787-2788, 2789-2790, 2791-2792, 2793-2794, 2795-2796, 2797-2798, 2799-2800, 2801-2802, 2803-2804, 2805-2806, 2807-2808, 2809-2810, 2811-2812, 2813-2814, 2815-2816, 2817-2818, 2819-2820, 2821-2822, 2823-2824, 2825-2826, 2827-2828, 2829-2830, 2831-2832, 2833-2834, 2835-2836, 2837-2838, 2839-2840, 2841-2842, 2843-2844, 2845-2846, 2847-2848, 2849-2850, 2851-2852, 2853-2854, 2855-2856, 2857-2858, 2859-2860, 2861-2862, 2863-2864, 2865-2866, 2867-2868, 2869-2870, 2871-2872, 2873-2874, 2875-2876, 2877-2878, 2879-2880, 2881-2882, 2883-2884, 2885-2886, 2887-2888, 2889-2890, 2891-2892, 2893-2894, 2895-2896, 2897-2898, 2899-2900, 2901-2902, 2903-2904, 2905-2906, 2907-2908, 2909-2910, 2911-2912, 2913-2914, 2915-2916, 2917-2918, 2919-2920, 2921-2922, 2923-2924, 2925-2926, 2927-2928, 2929-2930, 2931-2932, 2933-2934, 2935-2936, 2937-2938, 2939-2940, 2941-2942, 2943-2944, 2945-2946, 2947-2948, 2949-2950, 2951-2952, 2953-2954, 2955-2956, 2957-2958, 2959-2960, 2961-2962, 2963-2964, 2965-2966, 2967-2968, 2969-2970, 2971-2972, 2973-2974, 2975-2976, 2977-2978, 2979-2980, 2981-2982, 2983-2984, 2985-2986, 2987-2988, 2989-2990, 2991-2992, 2993-2994, 2995-2996, 2997-2998, 2999-3000, 3001-3002, 3003-3004, 3005-3006, 3007-3008, 3009-3010, 3011-3012, 3013-3014, 3015-3016, 3017-3018, 3019-3020, 3021-3022, 3023-3024, 3025-3026, 3027-3028, 3029-3030, 3031-3032, 3033-3034, 3035-3036, 3037-3038, 3039-3040, 3041-3042, 3043-3044, 3045-3046, 3047-3048, 3049-3050, 3051-3052, 3053-3054, 3055-3056, 3057-3058, 3059-3060, 3061-3062, 3063-3064, 3065-3066, 3067-3068, 3069-3070, 3071-3072, 3073-3074, 3075-3076, 3077-3078, 3079-3080, 3081-3082, 3083-3084, 3085-3086, 3087-3088, 3089-3090, 3091-3092, 3093-3094, 3095-3096, 3097-3098, 3099-3100, 3101-3102, 3103-3104, 3105-3106, 3107-3108, 3109-3110, 3111-3112, 3113-3114, 3115-3116, 3117-3118, 3119-3120, 3121-3122, 3123-3124, 3125-3126, 3127-3128, 3129-3130, 3131-3132, 3133-3134, 3135-3136, 3137-3138, 3139-3140, 3141-3142, 3143-3144, 3145-3146, 3147-3148, 3149-3150, 3151-3152, 3153-3154, 3155-3156, 3157-3158, 3159-3160, 3161-3162, 3163-3164, 3165-3166, 3167-3168, 3169-3170, 3171-3172, 3173-3174, 3175-3176, 3177-3178, 3179-3180, 3181-3182, 3183-3184, 3185-3186, 3187-3188, 3189-3190, 3191-3192, 3193-3194, 3195-3196, 3197-3198, 3199-3200, 3201-3202, 3203-3204, 3205-3206, 3207-3208, 3209-3210, 3211-3212, 3213-3214, 3215-3216, 3217-3218, 3219-3220, 3221-3222, 3223-3224, 3225-3226, 3227-3228, 3229-3230, 3231-3232, 3233-3234, 3235-3236, 3237-3238, 3239-3240, 3241-3242, 3243-3244, 3245-3246, 3247-3248, 3249-3250, 3251-3252, 3253-3254, 3255-3256, 3257-3258, 3259-3260, 3261-3262, 3263-3264, 3265-3266, 3267-3268, 3269-3270, 3271-3272, 3273-3274, 3275-3276, 3277-3278, 3279-3280, 3281-3282, 3283-3284, 3285-3286, 3287-3288, 3289-3290, 3291-3292, 3293-3294, 3295-3296, 3297-3298, 3299-3300, 3301-3302, 3303-3304, 3305-3306, 3307-3308, 3309-3310, 3311-3312, 3313-3314, 3315-3316, 3317-3318, 3319-3320, 3321-3322, 3323-3324, 3325-3326, 3327-3328, 3329-3330, 3331-3332, 3333-3334, 3335-3336, 3337-3338, 3339-3340, 3341-3342, 3343-3344, 3345-3346, 3347-3348, 3349-3350, 3351-3352, 3353-3354, 3355-3356, 3357-3358, 3359-3360, 3361-3362, 3363-3364, 3365-3366, 3367-3368, 3369-3370, 3371-3372, 3373-3374, 3375-3376, 3377-3378, 3379-3380, 3381-3382, 3383-3384, 3385-3386, 3387-3388, 3389-3390, 3391-3392, 3393-3394, 3395-3396, 3397-3398, 3399-3400, 3401-3402, 3403-3404, 3405-3406, 3407-3408, 3409-3410, 3411-3412, 3413-3414, 3415-3416, 3417-3418, 3419-3420, 3421-3422, 3423-3424, 3425-3426, 3427-3428, 3429-3430, 3431-3432, 3433-3434, 3435-3436, 3437-3438, 3439-3440, 3441-3442, 3443-3444, 3445-3446, 3447-3448, 3449-3450, 3451-3452, 3453-3454, 3455-3456, 3457-3458, 3459-3460, 3461-3462, 3463-3464, 3465-3466, 3467-3468, 3469-3470, 3471-3472, 3473-3474, 3475-3476, 3477-3478, 3479-3480, 3481-3482, 3483-3484, 3485-3486, 3487-3488, 3489-3490, 3491-3492, 3493-3494, 3495-3496, 3497-3498, 3499-3500, 3501-3502, 3503-3504, 3505-3506, 3507-3508, 3509-3510, 3511-3512, 3513-3514, 3515-3516, 3517-3518, 3519-3520, 3521-3522, 3523-3524, 3525-3526, 3527-3528, 3529-3530, 3531-3532, 3533-3534, 3535-3536, 3537-3538, 3539-3540, 3541-3542, 3543-3544, 3545-3546, 3547-3548, 3549-3550, 3551-3552, 3553-3554, 3555-3556, 3557-3558, 3559-3560, 3561-3562, 3563-3564, 3565-3566, 3567-3568, 3569-3570, 3571-3572, 3573-3574, 3575-3576, 3577-3578, 3579-3580, 3581-3582, 3583-3584, 3585-3586, 3587-3588, 3589-3590, 3591-3592, 3593-3594, 3595-3596, 3597-3598, 3599-3600, 3601-3602, 3603-3604, 3605-3606, 3607-3608, 3609-3610, 3611-3612, 3613-3614, 3615-3616, 3617-3618, 3619-3620, 3621-3622, 3623-3624, 3625-3626, 3627-3628, 3629-3630, 3631-3632, 3633-3634, 3635-3636, 3637-3638, 3639-3640, 3641-3642, 3643-3644, 3645-3646, 3647-3648, 3649-3650, 3651-3652, 3653-3654, 3655-3656, 3657-3658, 3659-3660, 3661-3662, 3663-3664, 3665-3666, 3667-3668, 3669-3670, 3671-3672, 3673-3674, 3675-3676, 3677-3678, 3679-3680, 3681-3682, 3683-3684, 3685-3686, 3687-3688, 3689-3690, 3691-3692, 3693-3694, 3695-3696, 3697-3698, 3699-3700, 3701-3702, 3703-3704, 3705-3706, 3707-3708, 3709-3710, 3711-3712, 3713-3714, 3715-3716, 3717-3718, 3719-3720, 3721-3722, 3723-3724, 3725-3726, 3727-3728, 3729-3730, 3731-3732, 3733-3734, 3735-3736, 3737-3738, 3739-3740, 3741-3742, 3743-3744, 3745-3746, 3747-3748, 3749-3750, 3751-3752, 3753-3754, 3755-3756, 3757-3758, 3759-3760, 3761-3762, 3763-3764, 3765-3766, 3767-3768, 3769-3770, 3771-3772, 3773-3774, 3775-3776, 3777-3778, 3779-3780, 3781-3782, 3783-3784, 3785-3786, 3787-3788, 3789-3790, 3791-3792, 3793-3794, 3795-3796, 3797-3798, 3799-3800, 3801-3802, 3803-3804, 3805-3806, 3807-3808, 3809-3810, 3811-3812, 3813-3814, 3815-3816, 3817-3818, 3819-3820, 3821-3822, 3823-3824, 3825-3826, 3827-3828, 3829-3830, 3831-3832, 3833-3834, 3835-3836, 3837-3838, 3839-3840, 3841-3842, 3843-3844, 3845-3846, 3847-3848, 3849-3850, 3851-3852, 3853-3854, 3855-3856, 3857-3858, 3859-3860, 3861-3862, 3863-3864, 3865-3866, 3867-3868, 3869-3870, 3871-3872, 3873-3874, 3875-3876, 3877-3878, 3879-3880, 3881-3882, 3883-3884, 3885-3886, 3887-3888, 3889-3890, 3891-3892, 3893-3894, 3895-3896, 3897-3898, 3899-3900, 3901-3902, 3903-3904, 3905-3906, 3907-3908, 3909-3910, 3911-3912, 3913-3914, 3915-3916, 3917-3918, 3919-3920, 3921-3922, 3923-3924, 3925-3926, 3927-3928, 3929-3930, 3931-3932, 3933-3934, 3935-3936, 3937-3938, 3939-3940, 3941-3942, 3943-3944, 3945-3946, 3947-3948, 3949-3950, 3951-3952, 3953-3954, 3955-3956, 3957-3958, 3959-3960, 3961-3962, 3963-3964, 3965-3966, 3967-3968, 3969-3970, 3971-3972, 3973-3974, 3975-3976, 3977-3978, 3979-3980, 3981-3982, 3983-3984, 3985-3986, 3987-3988, 3989-3990, 3991-3992, 3993-3994, 3995-3996, 3997-3998, 3999-4000, 4001-4002, 4003-4004, 4005-4006, 4007-4008, 4009-4010, 4011-4012, 4013-4014, 4015-4016, 4017-4018, 4019-4020, 4021-4022, 4023-4024, 4025-4026, 4027-4028, 4029-4030, 4031-4032, 4033-4034, 4035-4036, 4037-4038, 4039-4040, 4041-4042, 4043-4044, 4045-4046, 4047-4048, 4049-4050, 4051-4052, 4053-4054, 4055-4056, 4057-4058, 4059-4060, 4061-4062, 4063-4064, 4065-4066, 4067-4068, 4069-4070, 4071-4072, 4073-4074, 4075-4076, 4077-4078, 4079-4080, 4081-4082, 4083-4084, 4085-4086, 4087-4088, 4089-4090, 4091-4092, 4093-4094, 4095-4096, 4097-4098, 4099-4100, 4101-4102, 4103-4104, 4105-4106, 4107-4108, 4109-4110, 4111-4112, 4113-4114, 4115-4116, 4117-4118, 4119-4120, 4121-4122, 4123-4124, 4125-4126, 4127-4128, 4129-4130, 4131-4132, 4133-4134, 4135-4136, 4137-4138, 4139-4140, 4141-4142, 4143-4144, 4145-4146, 4147-4148, 4149-4150, 4151-4152, 4153-4154, 4155-4156, 4157-4158, 4159-4160, 4161-4162, 4163-4164, 4165-4166, 4167-4168, 4169-4170, 4171-4172, 4173-4174, 4175-4176, 4177-4178, 4179-4180, 4181-4182, 4183-4184, 4185-4186, 4187-4188, 4189-4190, 4191-4192, 4193-4194, 4195-4196, 4197-4198, 4199-4200, 4201-4202, 4203-4204, 4205-4206, 4207-4208, 4209-4210, 4211-4212, 4213-4214, 4215-4216, 4217-4218, 4219-4220, 4221-4222, 4223-4224, 4225-4226, 4227-4228, 4229-4230, 4231-4232, 4233-4234, 4235-4236, 4237-4238, 4239-4240, 4241-4242, 4243-4244, 4245-4246, 4247-4248, 4249-4250, 4251-4252, 4253-4254, 4255-4256, 4257-4258, 4259-4260, 4261-4262, 4263-4264, 4265-4266, 4267-4268, 4269-4270, 4271-4272, 4273-4274, 4275-4276, 4277-4278, 4279-4280, 4281-4282, 4283-4284, 4285-4286, 4287-4288, 4289-4290, 4291-4292, 4293-4294, 4295-4296, 4297-4298, 4299-4300, 4301-4302, 4303-4304, 4305-4306, 4307-4308, 4309-4310, 4311-4312, 4313-4314, 4315-4316, 4317-4318, 4319-4320, 4321-4322, 4323-4324, 4325-4326, 4327-4328, 4329-4330, 4331-4332, 4333-4334, 4335-4336, 4337-4338, 4339-4340, 4341-4342, 4343-4344, 4345-4346, 4347-4348, 4349-4350, 4351-4352, 4353-4354, 4355-4356, 4357-4358, 4359-4360, 4361-4362, 4363-4364, 4365-4366, 4367-4368, 4369-4370, 4371-4372, 4373-4374, 4375-4

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
32-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) VANESSA JAMILETH RUEDA MONTOYA** identidad **0101-1982-02398** solvencia municipal No.275606, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
2. Ser 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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado (a)

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato No. 32-A-2020 ✓ Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020 ✓



VANESSA JAMILETH RUEDA MONTOYA

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato No. 32-A-2020. Correspondiente al 24 de Septiembre al 23 de Octubre, 2020.

Comayagua, 23 de Octubre, 2020.



VANESSA JAMILETH RUEDA MONTOYA

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato **No. 32-A-2020**. Correspondiente al 24 de Octubre al 23 de Noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de Noviembre, 2020.



VANESSA JAMILETH RUEDA MONTOYA



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

17 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 **VANESSA JAMILETH RUEDA MONTOYA**, quien ha sido seleccionada, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

Comayagua, Honduras 03 de Agosto del 2020

CURRICULUM VITAE



DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: Vanessa Jamyleth Rueda Montoya.

Fecha de Nacimiento: 4 de Septiembre 1982.

Lugar de nacimiento: la Ceiba, Atlántida Honduras.

Nacionalidad: Hondureña

Estado civil: Unión Libre

Dirección Actual: Comayagua, Residencial Nueva Esperanza, entrada principal escuela Francisco Morazán.

Teléfonos: Cel(504-8857-5949)

Email: alfayomegavans@yahoo.es

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 Ernesto Ché Guevara Octubre 2012
 - Enero 2015

DATOS PROFESIONALES

Doctor en medicina: Escuela Latinoamericana de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticos 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.
- **Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral:**
 - Práctica profesional durante la realización de la especialidad de Medicina General Integral. Octubre 2012- Abril 2015. Cargo: Médico General en Consultorio médico de Familia # 7 y Policlínico Universitario Ernesto Ché Guevara de Cienfuegos.
 - ✓ Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos Cuba. Cargo: Médico Residente de MGI julio 2014-Diciembre 2014.
 - ✓ Hospital Pediátrico Paquito Gonzales Cueto, Cienfuegos Cuba. Cargo: Médico Residente de MGI Enero 2015- Marzo 2015

- ✓ Realización de Servicio Médico Social en HOSPITAL REGIONAL SANTA TERESA. COMAYAGUA, HONDURAS. Noviembre 2015- noviembre 2016.

EVENTOS CIENTIFICOS

2006 Primer Fórum de Estudiantes Latinoamericanos, Policlínico Octavio de la Concepción y de la Pedraja (caracterización de los pacientes con Hipertensión Arterial).

2009 Fórum Estudiantil de Ciencia y Técnica Policlínico Universitario del Área 8 Municipio de Cienfuegos, Fabio Di Celmo.

2013 Fórum de Ciencia y Técnica 2013 del Área de Salud 4 Municipio de Cienfuegos, Ernesto Ché Guevara (Consumo de Bebidas Alcohólicas En Adolescentes de Área 4)

2015 Fórum facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticos Torrado de Cienfuegos Consumo de Bebidas Alcohólicas En Adolescentes del Área IV de Los Consultorios Médicos (7, 8, 18,5)

RECONOCIMIENTOS Y CERTIFICADOS

2006- Obtuvo la Categoría de Destacado Primer fórum de Estudiantes Latinoamericanos, Policlínico Octavio de la Concepción y de la Pedraja.

2009- Obtuvo la Categoría de Relevante Fórum Estudiantil de Ciencia y Técnica Policlínico Universitario Fabio Di Celmo.

2015 Obtuvo la categoría de Relevante Fórum facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticos Torrado de Cienfuegos Consumo de Bebidas Alcohólicas En Adolescentes del Área IV de Los Consultorios Médicos (7, 8, 18, 5) Trabajo de terminación de especialidad en Medicina General Integral.

Formación Continuada

CURSOS RECIBIDOS

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

- 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 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 5 de Cienfuegos, Cuba.
- 2014- Curso de Electrocardiografía Básica, Policlínico Universitario Área 5 de Cienfuegos, Cuba.
- 2016- Actualización de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua.
- 2017- Diplomado En Educación Superior (Universidad Pedagógica Nacional).

La Junta Directiva del Colegio Médico
de Honduras

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

VANESSA JAMILETH RUEDA MONTOYA

Es miembro de este Colegio con el registro

de inscripción No. **10041512717**

COLEGIO
MEDICO

Por las fines de la ley extendido el presente

CERTIFICADO

En Tegucigalpa, M.D.C., a los 15 días del mes de Marzo
de 2017



Presidente
DRA. SUYAPA M. FIGUEROA EGUIGUREMS



Secretaria de Gobernación
DRA. MARIA A. CASTRO MENDOZA



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:*


Doctora en Medicina


a favor de:

Vanessa Jamileth Rueda Montoya


*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*


Decana


Rector

Refrendada:


Secretario General

Registrado en tomo 6 folio 15 número 374 del Registro de Títulos de la Secretaría General del CES
Registrado en tomo folio 28 número 212 de la Secretaría de la Facultad de Ciencias Médicas "Camilo Cienfuegos"



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

1198142

CERTIFICADO

A:

Dra. Vanessa Jamileth Rueda Montoya

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



Oficina de Montevideo
 Oficina Regional para el
 Caribe y América Latina
 Programa Regional de Bioética de la UNESCO

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

0192989

CERTIFICADO

A:

Dra. Vanessa Jamileth Rueda M

**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

DRA. SUYAPA MARIA FIGUEROA
 Presidente CMH

DRA. FANNY NAVAS LEÓN
 Presidente de CENEMEC

DRA. ELEONORA ESPINOZA
 Comité de Ética en Investigación
 Biomédica CEIB FCM-UNAH

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



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

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

0193070

A:

Dra. Vanessa Jamileth Rueda

**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 MARÍA FIGUEROA
 Presidenta CMH



DRA. FANNY NAVAS LEÓN
 Presidenta de CENEMEC



DR. MARCO TULIO LUQUE
 Presidente SHEI



Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Asociación Pediátrica Hondureña
Capítulo Zona Centro



ASOCIACIÓN PEDIDÁTRICA HONDUREÑA
 C.A. ZONA CENTRO

0512218

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO

Dr. Vanessa Jamileth Rueda Montoya

- Por haber participado como -



En el XVII Congreso Nacional de Pediatría - XIX Curso Nacional de Pediatría -
 VII Jornada Regional de Actualización Pediátrica

Dra. Emma Andara Flores

Realizado en la ciudad de Comayagua los días 5, 6 y 7 de Septiembre del 2019
 CENEMEC: un punto (1) oro, veintisiete punto cincuenta (27.50) horas



Dr. Mario Castillo
 Presidente
 Asociación Pediátrica Hondureña



Dra. Fanny Navas
 Presidenta
 CENEMEC

Dr. Jairo Caballero
 Presidente Capítulo Zona Centro
 Comité Organizador





COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)

ASOCIACION HONDUREÑA DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

0482752

A:

Dra. Vanessa Jamileth Rueda Montoya

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 MARIA FIGUEROA
Presidenta CMH



DRA. FANNY NAVAS LEÓN
Presidenta de CENEMEC

DR. CESAR PONCE
Presidente SHE

DR. DANIEL PÉREZ
Delegado ALAD Honduras



Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Asociación Pediátrica Hondureña
Capítulo Zona Centro

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO

A: Dra. Vanessa Rueda

- Por haber participado como



- TALLER DE PUBERTAD NORMAL Y ALGUNAS PATOLOGÍAS,
UN RETO PARA EL PEDIÁTRA -

XVII Congreso Nacional de Pediatría - XIX Curso Nacional de Pediatría VII Jornada Regional de Actualización Pediátrica
Dra. Emma Andara Flores

Realizado en la ciudad de Comayagua a los 5 días del mes de Septiembre, 2019

Dr.airo Caballero

Dr. Leslie Espinoza

Dr. Leslie Espinoza

Dr. Leslie Espinoza



Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Asociación Pediátrica Hondureña
Capítulo Zona Centro

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO

A: Dra. Vanessa Jamileth Rueda

- Por haber participado como -

- TALLER DE PROBLEMAS TIROIDEOS EN PEDIATRÍA -
Coordinadores de taller: Dra. Lesby Espinoza y Dr. Guillermo Villatoro

XVII Congreso Nacional de Pediatría - XIX Curso Nacional de Pediatría - VII Jornada Regional de Actualización Pediátrica
Dra. Emma Andara Flores

Realizado en la ciudad de Comayagua los 6 días del mes de Septiembre, 2019.

Dr. Jairo Caballero
Secretario de Organización y Control
Comité Organizador



Colegio Médico de Honduras

Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC)
Sociedad Hondureña de Otorrinolaringología
Delegación del Colegio Médico de Honduras en Comayagua

045:

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

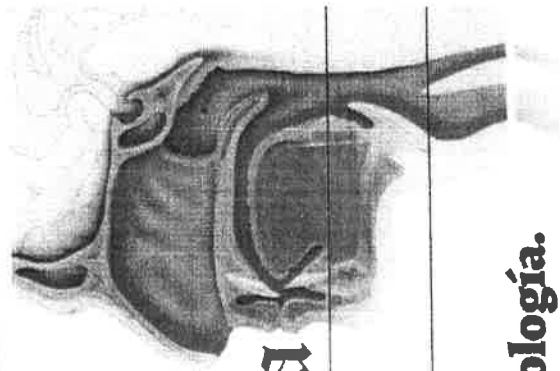
A:

Vanessa Rueda Montoya



Asistente

Por su participación como: _____



A la Jornada de Actualización de Otorrinolaringología.

Comayagua 23 de Marzo 2018.



Dra. Diana Vanessa Sierra Amador
Presidenta de AHONORL

Tres punto cinco (3.5) Horas CENEMEC



Dr. Freddy Portillo
Delegado SMH Comayagua

Dra. Matilda
CENEMEC Co



Dra. Fanny J. Nava
Presidenta CENEMEC

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

Otorgan el Presente 0461800

CERTIFICADO

A: **VANESSA RUEDA MONTOYA**

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
Presidente de la SOHMI



Dra. Fanny Navas León
Presidente CENEMEC



Dr. Freddy Amargosa Rortillo
Delegado del Colegio Médico
de Comayagua



Dra. Matilde Padilla
CENEMEC Comayagua.

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA
(CENEMEC)

DELEGACIÓN DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS EN COMAYAGUA

Otorga el Presente

0459827

CERTIFICADO

A: **VANESSA RUEDA**

Por su Participación como: **ASISTENTE**

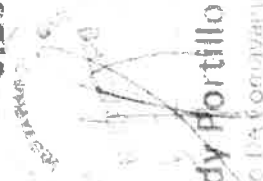
A la Jornada de Actualización de Gastroenterología

Comayagua 24 de Mayo 2018

0.25 puntos (4.40 Horas) CENEMEC



Dra. Fanny J. Navas
Presidente de CENEMEC



Dr. Freddy Portillo
Investigador de Comayagua



Dra. Matilde Padilla
CENEMEC Comayagua

Colegio Medico de Honduras
Centro Nacional de Educación Medica Continua
(CENEMEC)
Sociedad Hondureña de Ortopedia
Delegación Del Colegio Medico De Honduras En Comayagua

Otorgan el Presente
CERTIFICADO

VANESSA RUEDA

A:

ASISTENTE

Por su participación como:

A la Jornada de Actualización de Ortopedia.

Comayagua 27 de Abril 2018

0.25 puntos (5.10 Horas) CENEMEC

0459381

Dr. Rene Fonseca
Presidente de la ASHOJ

Dr. Fanny J. Navas
Presidenta CENEMEC

Dr. Fredy Portillo
Delegado CMBH Comayagua

Dra. Mañilde Pádilla
CENEMEC Comayagua





Otorga el Presente

A: **Dra. Vanessa Rueda**
Asistente

0455981

Por Haber participado como

En la VI Jornada de Actualización Regional Médica en Pediatría
Realizada en la ciudad de Comayagua, Comayagua el 18 y 19 de mayo del 2018
CF NEMEC 80 (OCHO PUNTO CERO) HORAS
CERO PUNTO VEINTICINCO (0.25) Punto Oro



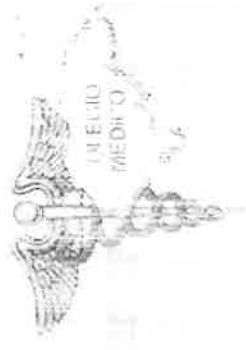
Dr. Mario Castillo



Dr. Jairo Cabadero



Dr. Fanny Navas



FRATERNIDAD INTERNACIONAL DE MENCIONES EMBLEMATICAS DEL
EVANGELIO COMPLETO

Forma 3 de inscripción N.º 10.000

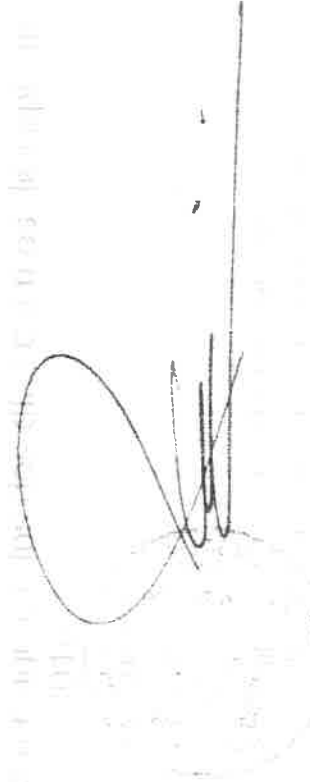
18.5

Chayo Herrera G. del no. 1 de Registro de la

D.ª. Vanesa Ramos (Mujer)

Se declara en posesión de la propiedad de la casa N.º 10.000, inscrita en el Registro de la Propiedad de la

zona de la ciudad de San José, cantón de San José, provincia de San José, República de Costa Rica, inscrita en el Registro de la Propiedad de la



Colegio Medico de Honduras
Centro Nacional de Educación Medica Continua
Sociedad Medica de Cirugia

Otorgan el Presente

0446070

CERTIFICADO

A: DRA. VANESSA JAMILETH RUEDA

ASISTENTE

Por su participación como:

A la Jornada de Actualización de Cirugía.

Comayagua 29 de Septiembre 2017.

3.5 Horas CENEMEC



Dra. Said Mejía Lomuz
Presidente Sociedad Cirujia
CENEMEC



Dra. Matilde Padilla
Presidente Sociedad Medica
CENEMEC Comayagua

Comayagua



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



Otorga el Presente

RECONOCIMIENTO

A: Doctora Vanessa Jamileh Rueda

Por su valioso apoyo incondicional brindado a la Brigada Médica, realizada en la Aldea El Sitio, Comayagua.

El Taladro, Comayagua 11 de Febrero del 2017

*Coronel de Infantería D.E.M.
Julio Cesar Urquía Díaz
Director*

HOSPITAL REGIONAL
SANTA TERESA
COMAYAGUA

DEPARTAMENTO
DE CALIDAD




OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA
A VANESSA RUEDA MONTOYA

Por su participación en la capacitación "Cuidados Obstétricos Neonatales
Esenciales" (CONE) durante la semana del 22 al 26 de Febrero del 2016. Con una duración
de Treinta y Cinco horas.

Comayagua, 26 de febrero del 2016.


Dra. Violeta Castañeda
Directora Ejecutiva HRST.


Licda. Blanca Herrera
Coordinadora de Calidad HRST.



FUERZAS ARMADAS DE HONDURAS
FUERZA AÉREA HONDUREÑA



Diploma de:

ACCIONES DE SERVICIO

A: *Dra. Vanessa Rueda Montoya*

Por su valiosa participación en el desarrollo de las actividades de "Acción Cívico-Militar", realizada en el Municipio de San Jerónimo Departamento de Comayagua.

Comayagua 06 de AGOSTO de 2016

TECNOLÓGICO DE AVIACIÓN DE M.A.
ARMANDO MARTÍNEZ RUEDA
DIRECTOR

PERITO MERCANTIL Y CONTADOR PÚBLICO
ROLANDO MENCIA EUCEDA
ALCALDE DE MUNICIPAL DE SAN JERÓNIMO



REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA



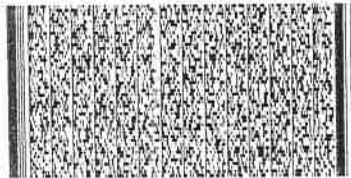
HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 04 SEPTIEMBRE 1982
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL: 19 AGOSTO 2005



13538007-02

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.

[Signature]
DIRECTOR RNP



SOLICITADA EN 0801

VANESSA JAMLETH / RUEDA MONTOYA

0101-1982-02398

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.

33-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) KENIA MELISSA AREVALO GUILLEN** identidad **0301-1990-01010** solvencia municipal No. 275573, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO

se compromete a desempeñar el cargo y cumplir las siguientes funciones:

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020 ✓



El Contratante

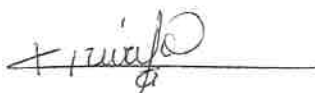


El Contratado (a)

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 en el Triaje ubicado en el instituto "León Alvarado" en la emergencia COVID-19,, según contrato No. 33-A-2020. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020 ✓




KENIA MELISSA AREVALO GUILLEN

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato No. 33-A-2020. Correspondiente al 24 de Septiembre al 23 de Octubre, 2020.

Comayagua, 23 de Octubre, 2020.



KENIA MELISSA AREVALO GUILLEN

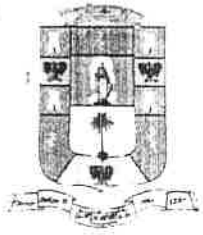
RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto "León Alvarado" en la emergencia COVID-19,, según contrato No. 33-A-2020. Correspondiente al 24 de Octubre al 23 de Noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de Noviembre, 2020.



KENIA MELISSA AREVALO GUILLEN



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

17 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 Doctora **KENIA MELISSA AREVALO GUILLEN**, quien ha sido seleccionada, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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 Yolan Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(s)

Cc: Archivo

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras



KENIA MELISSA ARÉVALO GUILLÉN

**DRA. MEDICINA Y
CIRUGIA**

PERFIL PERSONAL

¡Hola! soy Medico general y me gusta la medicina preventiva al igual que la medicina curativa , soy una persona honesta, responsable , con actitud de aprender y emprender nuevas actividades, pro-activa , competitiva, creativa y con capacidad de trabajar de forma individual y grupal.

HABILIDADES

- Paquete Basico de Office
- Ingles Básico
- Licencia de Conducir

CONTACTO

Correo: kenia.aregui@gmail.com
keniamelar@yahoo.com
Celular:+504 3343-7412
Residencia: Comayagua,Comayagua,Honduras

EXPERIENCIA LABORAL

INTERNADO ROTATORIO

**HOSPITAL GENERAL SANTA TERESA,COMAYAGUA |
1 MAYO 2017 - 31 ENERO 2018
HOSPITAL BÁSICO GABRIELA ALVARADO,DANLÍ, EL
PARAÍSO | 1 FEBRERO 2018 - 30 ABRIL 2018**

SERVICIO MEDICO SOCIAL OBLIGATORIO

**Modalidad Equipos de Salud Familiar
(ESFAM)|Noviembre 2018 - Noviembre 2019
SE DESEMPEÑO CARGO DE :**

**DIRECTOR DE UNIDAD DE SALUD
COORDINADOR GENERAL FRENTE A LA EPIDEMIA DE DENGUE 2019
CIS FLORES, RED N°6 VILLA DE SAN ANTONIO,COMAYAGUA
REGION DEPARTAMENTAL DE SALUD N° 3**

ASOCIACIÓN DE PUEBLOS FRANCISCANOS DE MUCHACHOS Y MUCHACHAS, APUFRAM

Voluntaria en Consulta Médica | 2019

FLORES, VILLA DE SAN ANTONIO,COMAYAGUA

REGION DEPARTAMENTAL DE SALUD N°3

**Elaboración de Plan de Acción y Mejora en
Tuberculosis | Julio 2019**

COMAYAGUA,COMAYAGUA

CENTRO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

**Voluntaria en Consulta Médica |Noviembre 2018-
Noviembre 2019**

FLORES, VILLA DE SAN ANTONIO,COMAYAGUA

MEGA BRIGADA MEDICA, FUERZAS ARMADAS DE HONDURAS

**Colaboración en Medicina General|30 Noviembre
2019**

INSTITUTO LEON ALVARADO, COMAYAGUA,COMAYAGUA

EDUCACIÓN

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURA
UNAH**

Medicina y Cirugía | 2020

**CURSO VIRTUAL EN CONTROL INTEGRAL DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO| OPS**

Marzo 2019

**TALLER DE CONSEJERIA DE TUBERCULOSIS Y MANEJO
CLINICO DEL PACIENTE COINFECTADO**

Julio 2019

**CURSO VIRTUAL TODO SOBRE LA PREVENCION DEL
COVID-19| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
IMSS**

Marzo 2020

**CURSO DE ACTUALIZACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN
COVID-19| GRUPO MENARINI**

Mayo 2020

TALLER DE ELECTROCARDIOGRAMA | SOCIMEC-PERU

Junio 2020

**CURSO VIRTUAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DOLOR
NEUROPATICO EN ATENCION PRIMARIA | COURSERA**

Junio 2020

**DIPLOMADO EN MANEJO INTEGRAL AL PACIENTE CON
PATOLOGÍA ONCOLÓGICA | UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS UNAH**

Junio 2020

**CURSO VIRTUAL PERSONAS CUIDADORAS DE
POBLACIÓN ADULTA MAYOR | INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL IMSS**

En Curso

JORNADA DE ACTUALIZACIÓN

XXX JORNADA NACIONAL DE ATEROSCLEROSIS

Junio 2016

**XXI CONGRESO NACIONAL Y XX CURSO INTERNACIONAL
DE DERMATOLOGÍA**

Agosto 2016

**VI JORNADA DE ACTUALIZACIÓN REGIONAL MEDICA EN
PEDIATRIA**

Mayo 2018

USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS- CMH-CENEMEC

Febrero 2020

ACCION CONTRA LA CRISIS

Mayo 2020

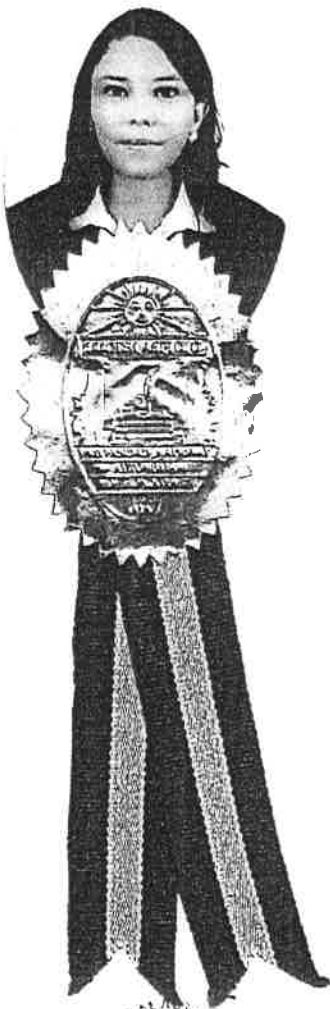
**ACTUALIZACION ANTICOAGULACION COVID-19 | GRUPO
MENARINI**

Junio 2020



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: **Kenia Melissa
Arévalo Guillén**

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

POR TANTO: le extiende el título de **Doctora
en Medicina y Cirugía**

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


SECRETARIO (A) GENERAL


RECTOR (A)


DECANO (A) ó DIRECTOR (A)



La Junta Directiva
del Colegio Médico de Honduras

Hace constar que la
DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

*Kenia Melissa Arevalo
Guillén*

Es miembro de este Colegio con el registro
de inscripción No.

20121916739

Para los fines de Ley extiende el presente

CERTIFICADO
MÉDICO GENERAL

Tegucigalpa, M.D.C., 11 de marzo de 2020

Presidenta

Dra. Suyapa Figueroa Eguigurems

Secretaria de Colegiaciones

Dra. Gladys Argentina Ordóñez Elvir



REGION DE SALUD N° 3
COMAYAGUA, COMAYAGUA
Tel: 2772-0137

E-mail: regiondesaludcomayagua@yahoo.com

SECRETARIA DE SALUD
COMAYAGUA, COMAYAGUA

Oficio N° 0848-2018-JDSN°3
Comayagua, 23 de Noviembre de 2018

Licenciada
Araceli Lopez
Directora Red N° 6, La Villa de Antonio
Presente

Estimada Lic. Lopez:

Reciba un Saludo de Paz y Bien.

Me es grato presentarle al médico en servicio social, **KENIA MELISSA AREVALO GUILLEN**, con **Identidad N° 0301-1990-01010**, proveniente de la Universidad UNAH, quien durante el periodo del **22 de Noviembre del 2018 al 21 de Noviembre del 2019**, realizará su servicio médico social obligatorio en la Modalidad de ESFAM en el **CIS FLORES**, ubicado en el Municipio de La Villa de San Antonio, dependiente de la Región Departamental de Salud N°3, Comayagua.

Durante este periodo, deberá acatar las disposiciones que dictan los reglamentos de esta Institución.

Atentamente,



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

Cc: Unidad de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos
Cc: MSS Kenia Melissa Arevalo Guillen
Archivo
Leb/



REGION DEPARTAMENTAL DE SALUD N° 3,
COMAYAGUA

Telefax: 772-0137 -Comayagua

E-mail: regiondesaludcomayagua@yahoo.com





CONSTANCIA

En mi condición de Jefe de la Región Departamental de Salud N°3, por este medio Hago Constar: Que la Dra. **KENIA MELISSA AREVALO GUILLEN**, con Identidad N°: 0301-1990-01010, finalizo su Servicio Médico Social Obligatorio en la UAPS de **FLORES**, ubicado en el Municipio de La Villa de San Antonio, Departamento de Comayagua, durante el periodo del 22 de Noviembre del 2018 al 21 de Noviembre del 2019, cumpliendo con las siguientes competencias y funciones:

- Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Infecciones Respiratorias Agudas
- Control de Enfermedades Diarreicas y Cólera
- Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA
- Programa de Salud Mental
- Enfermedades de Transmisión Vectorial
- Programa de Rabia
- Programa Atención a la Mujer
- Programa Atención Integral al Niño
- Atención de Emergencias en general
- Visitas Domiciliarias
- Y otros

Y para los fines que a la interesada convenga, se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua, a los 21 días del mes de Noviembre del 2019


Dra. Dolores del Carmen Arellano
Jefe Región Departamental de Salud N°3
Comayagua


Dr. Frody Antonio Portillo
Delegado de Comayagua
Colegio Médico de Honduras

REGION DEPARTAMENTAL DE SALUD N°.3
COMAYAGUA, COMAYAGUA
DEPARTAMENTO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE
SALUD

SECRETARIA DE SALUD



OTORGA: DIPLOMA

A: DRA. SS KENIA MELISSA ARÉVALO GUILLEN

Por su participación en la elaboración del
Plan de Acción y Planes de Mejora en TB, el
15 y 16 de julio, 2019

Comayagua, 16 de julio, 2019


LIC. DEISY YOLANDA MORALES
PUNTO FOCAL TB RDSNo.3




LIC. MARITZA ULLOA
JEFE DRIS / RDSNo.3

La Alcaldía Municipal

Villa de San Antonio

**Otorga el presente
Diploma de Agradecimiento**

Por su valiosa colaboración demostrada en el Centro de
Atención al Adulto Mayor

A: *Dra. Kenia Arévalo*

Extendida en el Municipio Villa de San Antonio,
Departamento de Comayagua, a los 23 días del mes de
septiembre de 2019

N. J. M.
Nestor Joel Mendoza Padilla

Alcalde Municipal

Alcaldía Municipal

**VILLA SAN
ANTONIO**

Comayagua

FUERZAS ARMADAS DE HONDURAS




OTORGA EL PRESENTE: DIPLOMA DE AGRADECIMIENTO

Las Fuerzas Armadas de Honduras agradece muy arduamente el esfuerzo empeñado en cada uno de sus funciones y eficiente conocimiento.

A la Doctora: Kenia Melissa Arevalo Guillen.

Por su valiosa colaboración en apoyo a la Mega Brigada Médica realizada en el "Instituto León Alvarado de Comayagua".

Extendido en Palmarola, Comayagua a los 30 días del mes de Noviembre de 2019


CORONEL DE INGENIERÍA DEM.
RAFAEL YOVANNY ORELLANA MURIELLO
COMANDANTE DEL PRIMER BATALLÓN DE INGENIEROS



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Kenia Melissa Arévalo Guillén

ha participado y aprobado el:

Curso Virtual en Control Integral del Cáncer Cervicouterino

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

31 de marzo de 2019

Horas: 40



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE AMÉRICAS

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

REGION DEPARTAMENTAL DE SALUD Nº.3
COMAYAGUA, COMAYAGUA
DEPARTAMENTO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE
SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

OTORGA: DIPLOMA



A: DRA. SS KENIA MELISSA ARÉVALO GUILLEN

Por su participación en el Taller de Consejería
de TB y Manejo Clínico del paciente
coinfectado, impartido en la ciudad de
Comayagua del 22 al 25 de julio 2019

Comayagua, 25 de julio, 2019


LIC. DEIS YOLANDA MORALES
PUNTO FOCAL TB RDSNo.3




LIC. MARITZA ULLOA
JEFE DRIS / RDSNo.3



GOBIERNO DE
MÉXICO



EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A

Kenia Melissa Arévalo Guillén

Por haber concluido satisfactoriamente el curso:

Todo sobre La prevención del COVID-19

Duración: 3 horas

No. folio: COVID000161175

Ciudad de México a 24 de marzo de 2020

CURSO DE ACTUALIZACIÓN
MULTIDISCIPLINAR EN
COVID-19

TODO LO QUE NECESITA SABER
EN TIEMPOS DE PANDEMIA

revisión
360°

CERTIFICA A:

Dra Zenia Melissa Arevalo Guillen

POR SU PARTICIPACIÓN COMO:

Asistente

18 AL 23 DE MAYO 2020



DR. ANTONIO COCA PAYERAS
DIRECTOR CIENTIFICO
CURSO COVID-19



DRA. JESSICA BROOKS
GERENCIA MÉDICA
GRUPO MENARINI

Desde 1994



GRUPO
MENARINI

Oficiando la mejor formación

CERTIFICADO

Otorgado a:

Dra. Kenia Melissa ARÉVALO GUILLÉN

Por haber participado y **APROBADO** el "I TALLER DE EKG" organizado por el Comité Permanente Académico de la Sociedad Científica Médico Estudiantil Continental (SOCIMEC), realizado vía virtual los días 29, 30 y 31 de mayo del 2020.

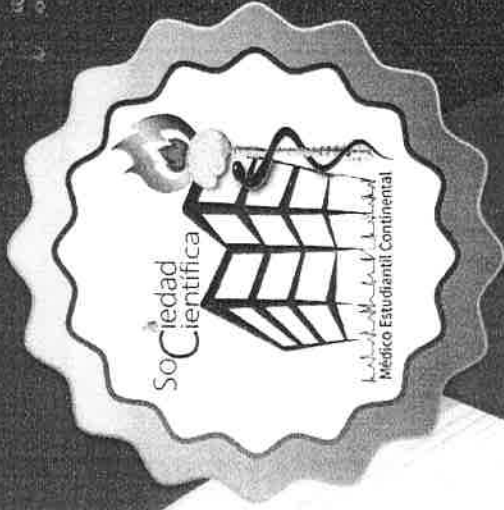
Huancayo, Perú, 10 de junio del 2020



ROJAS SEGAMA Percy Eduardo
Presidente de la Sociedad Científica
Médica Estudiantil Continental
2020.



NARBASTA PIMENTEL Giordanni Fahed
Director del Comité Permanente
Académico
SOCIMEC 2020.





25/06/2020

kenia Melissa Arévalo Guillén

completó con éxito

**Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático
en atención primaria**

un curso en línea sin crédito autorizado por Universidad de los Andes a través de Coursera

ES
CETAV

**COURSE
CERTIFICATE**



Verificado en coursera.org verify: E015SLZ1QZCM

www.coursera.org/verify/verify.html

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Dirección de Vinculación Universidad Sociedad
Facultad de Ciencias Médicas
Departamento de Salud Pública
Programa de Educación Continua en Salud

Tienen el honor de entregarle el presente certificado a:

Kenia Melissa Arévalo Guillén

en calidad de asistente a la

Segunda Edición del Diplomado de Fundamentos del Cáncer y Manejo Integral del Paciente con Enfermedades Oncológicas

Por haber aprobado con éxito su carga académica con una duración de 160 horas académicas,

llevado a cabo del 8 de febrero al 20 de junio del 2020.

por lo que se extiende el presente a los 23 días del mes de junio de 2020, Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.

Código: DONCO-2-2020-004



Melissa Arévalo Guillén
Msc. Ivania Pachilla
Directora

Dirección de Vinculación Universidad Sociedad



Dr. Jorge Alberto Valle
Decano
Facultad de Ciencias Médicas



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275573

N° 000275574

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:	
KENIA MELISSA AREVALO GUILLEN	
0304-1000-01010	

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
17/08/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 23.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE



COMAYAGUA, GUATEMALA, 17 DE AGOSTO DE 2020. TEL: 2011-4011-2000 FAX: 2011-4011-2000

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.



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

KENIA MELISSA / AREVALO GUILLEN



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 18 ABRIL 1990
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 15 JULIO 2014



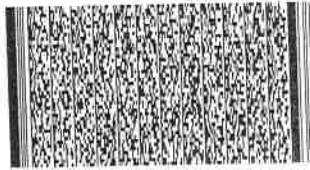
0301-1990-01010



11927488-02

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.

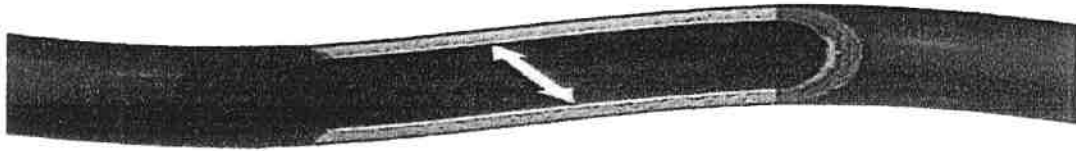

DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0301

KENIA MELISSA / AREVALO GUILLEN

0301-1990-01010



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)
SOCIEDAD HONDUREÑA DE PREVENCIÓN DE LA ATROSCLEROSIS



Otorgan el presente

CERTIFICADO

A: **KENIA M. ARÉVALO**

Por su participación en Calidad de *Asistente* en la XXX
Jornada Nacional de Aterosclerosis "Lo Nuevo de la Vieja Enfermedad"
Dr. "ANGEL ANTONIO PINEDA MADRID".

Tegucigalpa, M.D.C. 25 de junio, 2016.

HORAS CREDITO CENEMEC: SIETE PUNTO CINCO (7.5)
Puntos Oro: CERO PUNTO VEINTICINCO ORO (0.25 ORO)


Dr. ANGEL PINEDA
Presidente SHPA


Dr. ARTURO ALVAREZ
Secretario SHPA


Dra. JOHANA BERMUDEZ
Presidenta CENEMEC



**Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Sociedad Hondureña de Dermatología y Cirugía Dermatológica**

**XXI CONGRESO NACIONAL Y
XX CURSO INTERNACIONAL
DE DERMATOLOGÍA
CAMBIO CLIMÁTICO Y SU IMPACTO EN ENFERMEDADES CUTÁNEAS
"DR. JOSÉ SILVERIO MORALES"**

0402187

Otorga el presente Certificado

a:

Kenia Melissa Arevalo Guillén

Por su participación en condición de asistente.

Hotel Clarion. Tegucigalpa, Honduras. 11, 12, y 13 de agosto, 2016

Pts. CENEMEC: 1 Punto

Hrs. CENEMEC: 21.20 Horas



Verónica Mejía
Sociedad Hondureña de Dermatología
y Cirugía Dermatológica



Cinthia Martínez
Sociedad Hondureña de Dermatología
y Cirugía Dermatológica



Ana Johana Bermudez
Coordinadora Nacional CENEMEC



Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Asociación Pediátrica Hondureña
Capítulo Zona Centro



Otorga el Presente

CERTIFICADO

A: **Kenia M. Arévalo**

Por Haber participado como: **Asistente**

0456017

En la VI Jornada de Actualización Regional Médica en Pediatría
Realizada en la ciudad de Comayagua, Comayagua el 18 y 19 de mayo del 2018
CENEMEC 8.0 (OCHO PUNTO CERO) HORAS.
CERO PUNTO VEINTICINCO (0.25) Punto Oro



Dr. Mario Castillo
Dr. Mario Castillo
PRESIDENTE
ASOCIACION PEDIATRICA HONDUREÑA



Dr. Jairo Caballero
Dr. Jairo Caballero
PRESIDENTE CAPITULO ZONA CENTRO

Dra. Fanny Navas
Dra. Fanny Navas
PRESIDENTE CENEMEC



Plataforma Interinstitucional "Acción contra la crisis"

Extiende la presente constancia a:

Kenia Melissa Arévalo Guillén

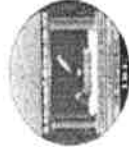
En calidad de participante en el ciclo de conferencias virtuales "Acción contra la crisis" del 11 al 15 de mayo del 2020.



Dra. Ana Lourdes Cardona
Jefe del Departamento de Salud Pública de la
Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH

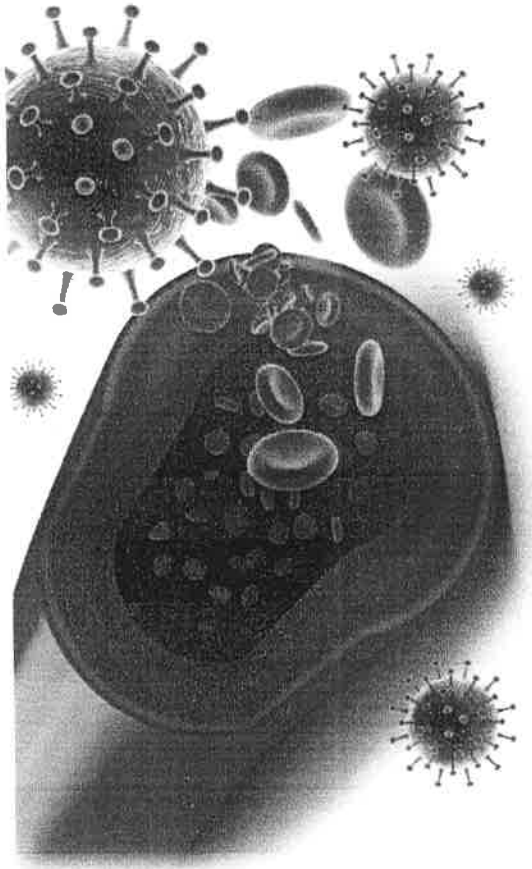


Dra. Maria Angélica Milla
Presidenta de la Sociedad Hondureña
De Nutrición Obesidad y Metabolismo



SMETO

¿Buscas apoyo?
CUENTANOS OF



CURSO DE ACTUALIZACIÓN ANTICOAGULACION EN PACIENTES CON COVID-19

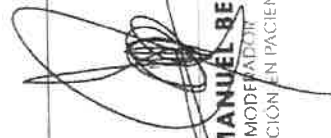
10 Y 11 DE JUNIO DE 2020

CERTIFICA A:

Dra Kenia Melissa Arevalo Guillen

POR SU PARTICIPACIÓN COMO:


Asistente


DR. MANUEL BELLO
MODERADOR
CURSO ANTICOAGULACION EN PACIENTES CON COVID-19

Desde 1994



Ofreciendo la mejor formación



DRA. ANA PATRICIA RUEDA
MODERADORA

CURSO ANTICOAGULACION EN PACIENTES CON COVID-19





COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)
SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Otorgan el Presente

524403

CERTIFICADO

A:

Kenia Melissa Arevalo Guillen

**Por su participación como Asistente en la
Jornada de “Uso Racional de Antibióticos”**

Tegucigalpa, M.D.C., 05 de febrero del 2020

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos


DRA. SUYAPA MARIA FIGUEROA
Presidenta CMH


DRA. FANNY NAVAS LEÓN
Presidenta de CENEMEC


DR. MARCO TULIO LUQUE
Presidente SHEI



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
34-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) EDWIN ROBERTO CRUZ DURAN** identidad **0301-1991-00636** solvencia municipal No. 275604, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado (a)

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 en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato No. 34-A-2020. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.



EDWIN ROBERTO CRUZ DURAN

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato No. 34-A-2020. Correspondiente al 24 de Septiembre al 23 de Octubre, 2020.

Comayagua, 23 de Octubre, 2020.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Edwin Roberto Cruz Duran', with a stylized flourish at the end.

EDWIN ROBERTO CRUZ DURAN

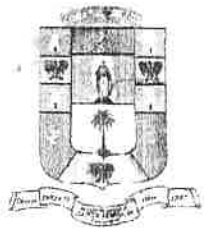
RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato **No. 34-A-2020**. Correspondiente al 24 de Octubre al 23 de Noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de Noviembre, 2020.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Edwin', with a large, stylized flourish extending upwards and to the right.

EDWIN ROBERTO CRUZ DURAN



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@amcomayagua.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.comayagua.com

17 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 **EDWIN ROBERTO CRUZ DURAN**, quien ha sido seleccionado, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras



Doctor en Medicina y Cirugía UNAH

Edwin Roberto Cruz Duran

☎ 9971-0821

📍 Comayagua; Comayagua

✉ edcruz0228@hotmail.com

Edwin Roberto Cruz Duran

Edad: 28

#ID: 0301-1991-00636

Colegacion: 01-13928

Domicilio: Col. Brisas del Humuya 1ra Etapa

COMPETENCIAS

- Responsabilidad
- Ética profesional
- Trabajo en Equipo

IDIOMAS

Español 100%
 Inglés 100%
 Francés En Curso 30%

EDUCACIÓN

2008
Comayagua, Honduras

GRADO Bachiller en Ciencias y Letras Bilingüe
Escuela Bilingüe Honduras

2009-2018
Tegucigalga-Honduras

GRADO Doctor en Medicina y Cirugía
Universidad Nacional Autonoma de Honduras

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Noviembre 3 al 10 del 2007
Comayagua: Comayagua

Virginia Medical Center Medical Brigade
Traductor Medico Personal

Agosto 2015 – Agosto 2016
Comayagua: Comayagua

Hospital Santa Teresa de Comayagua
Medico Interno en areas EMI /Pediatria/Ginecologia/Medicina Interna/Cirugia/Ortopedia

Nov 2016 – Nov 2017
Comayagua: Comayagua

Hospital Santa Teresa de Comayagua
Medico Interno en areas EMI /Pediatria/Ginecologia/Medicina Interna/Cirugia/Ortopedia

Enero 2018 – Enero 2020
Comayagua: Comayagua

Clínica Familiar
Medico de Turno

- *Consulta General*
- *Partos*
- *Ingresos y Hospitalizaciones*
- *Asistente en Cirugias (Cirugia General /Ortopedicas /Ginecoobstetricas)*

Formacion Medica Continúa

Diplomados /Talleres

- 1) *Taller Practico : Electrocardiografia Clinica*
Impartido por el Dr. Allan Murillo (Cardiologo) ; Precongreso Comenac 2019
- 2) *Taller Teorico/Practico : Epilepsia y Cefalea en adultos*
Impartido por el Dr. Arnold Thompson Precongreso Comenac 2019
- 3) *Taller : « Manifestaciones Dermatologicas de Enfermedades Sistemicas »*
- 4) *Diplomado en Electrocardiografia Marzo 2020*
Impartido por la Facultad de Ciencia Medica ; Dr Ariel Figueroa (Internista)
- 5) *Diplomado Hipertension Clinica OPS, Abril del 2020*

Congresos

- 1) *XXVI Congreso Nacional de Medicina Interna 2019 y XXVII en 2020*
- 2) *I Congreso Medico Hospital Maria, Especialidades Pediatricas*
- 3) *LXII Congreso Medico Nacional*
- 4) *XXXI Congreso Nacional de Otorrinolaringologia*
- 5) *Congreso Nacional de Cardiologia 2019*
- 6) *XVII Congreso Nacional de Pediatria*



**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: Edwin Roberto
Cruz Durán**

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

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

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, R.D.C.
el uno de marzo de dos mil dieciocho.



SECRETARIO (A) GENERAL



RECTOR (A)



DECANO (A) ó DIRECTOR (A)



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



Otorga a: **Dr. Edwin Roberto Cruz Duran**
 Por su participación como **Asistente**

Pre-congreso
"Manifestaciones Dermatológicas de Enfermedades Sistémicas"
 29 de enero 2020

523459

Puntaje CENEMEC (0.25) cero punto veinte y cinco oro
 Horas créditos CENEMEC: 5.5



RESIDENCIA

Dra. Helga Codina
 Presidente SOHMI



Dra. Fanny Navas
 Presidente CENEMEC



Dr. Lorenzo Díaz Salazar
 Presidente Comité Científico



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



LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL
 DR. ANDRES CASTILLO
"TRANSFORMANDO LA MEDICINA A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA"
 OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO A

1502557

Dr. Edwin Roberto Cruz Duran

Por su participación como: **ASISTENTE**
 En el Precongreso: **Epilepsia y Cefalea en Adultos.**
 Realizado en la ciudad de San Pedro Sula el 10 de julio, 2019.

ACREDITACIÓN CENEMEC: UN (1) PUNTO ORO



Dra. Fanny Navas
 Presidente CENEMEC



Dra. Fanny Navas
 PRESIDENTA DE CENEMEC



Dr. Fanny Navas
 PRESIDENTA COMITÉ INVESTIGADOR



Dr. Oscar Ponce
 COORDINADOR COMITÉ CIENTÍFICO



LXII CONGRESO MÉDICO NACIONAL 1501810
DR. ANDRES CASTILLO
"TRANSFORMANDO LA MEDICINA A TRAVÉS DE LA EVIDENCIA"
OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO A

Dr. Edwin Roberto Cruz Duran

Por su participación como: ASISTENTE
En el Precongreso: Electrocardiografía Práctica.
Realizado en la ciudad de San Pedro Sula el 10 de julio, 2019.

ACREDITACIÓN CENEMEC: UN (1) PUNTO ORO



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Edwin Roberto Cruz Duran

ha participado y aprobado el curso:

Manejo de la hipertensión arterial para equipos de atención primaria

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

13 de abril de 2020

Horas: 60



Dra. Carlissa F. Etienne
Directora



Certificate of Appreciation

This certificate is awarded to

Edwin Cruz

In recognition of valuable contributions to the Virginia Hospital Center Medical Brigade.

Thank you for your selfless work and commitment to the medical needs of the Honduran community and beyond.

Barry Ryan, MD

Barry Ryan, M.D.
Executive Director

November 3, 2007

Date



Colegio Medico de Honduras
TARJETA DE IDENTIFICACION
COLEGIADO N° 01-15820
DOCTOR
EDWIN ROBERTO CRUZ
Fecha de Graduacion: 12/27/18
Fecha de Ingreso: 09/01/18
Secretaria



Colegio Medico de Honduras
TARJETA DE IDENTIFICACION
COLEGIADO N° 01-13928

EDWIN ROBERTO CRUZ DURAN

Fecha de Graduación: 12-02-2018
Fecha de Inscripción: 09-04-2018
Tipo de Sangre: A(+)

Presidenta

Secretaria



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

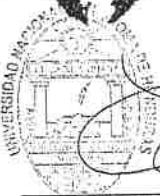
El Rector (a) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
en ejercicio de las facultades que la Ley le confiere

POR CUANTO: **Edwin Roberto
Cruz Durán**

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

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

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, M.D.C.
el uno de marzo de dos mil dieciocho.



SECRETARIO (A) GENERAL



RECTOR (A)



DECANO (A) ó DIRECTOR (A)



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD



EDWIN ROBERTO / CRUZ DURAN



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL: 28 FEBRERO 1991
SEXO: MASCULINO
EMITIDA EL: 01 ABRIL 2014



0301-1991-00636

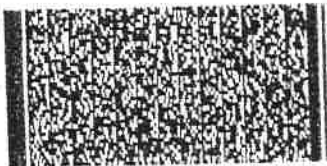


12676604-02

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 N.P.



SOLICITADA EN 0361

EDWIN ROBERTO / CRUZ DURAN

0301-1991-00636



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

EDWIN ROBERTO / CRUZ DURAN



HONDUREÑO POR :NACIMIENTO
NACIO EL :28 FEBRERO 1991
SEXO :MASCULINO
EMITIDA EL :01 ABRIL 2014



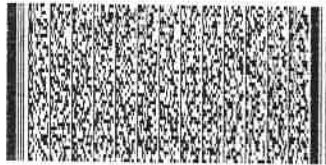
0301-1991-00636



12670604-02

ARTICULO 31 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

EDWIN ROBERTO / CRUZ DURAN

0301-1991-00636



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES.

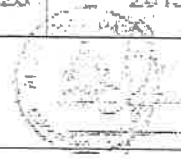
N° 00027561

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:	
EDWIN ROBERTO CRUZ DURAN	
0301-1991-00836	

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
19/08/20	31/12/2020	2019

Valor Pag. 23.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE _____



FIRMAR EN ESTE ESPACIO A SU DERECHO: TEL: 2221-2211 EXT: 2211 FAX: 2211

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.
35-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 BANESSA TOLEDO MARQUEZ** identidad **0321-1991-00248** solvencia municipal No. 275069, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
2. Ser 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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020 ✓

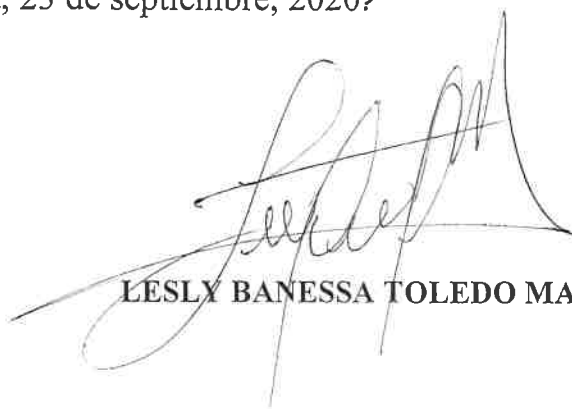

El Contratante


El Contratado (a)

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 en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato No. 35-A-2020. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.✓



LESLY BANESSA TOLEDO MARQUEZ

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato No. 35-A-2020. Correspondiente al 24 de Septiembre al 23 de Octubre, **2020**.

Comayagua, 23 de Octubre, 2020.



LESLY BANESEA TOLEDO MARQUEZ

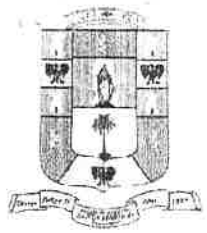
RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19,, según contrato **No. 35-A-2020**. Correspondiente al 24 de Octubre al 23 de Noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de Noviembre, 2020.



LESLY BANESSA TOLEDO MARQUEZ



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

17 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 **LESLY BANESSA TOLEDO MARQUEZ**, quien ha sido seleccionada, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

CURRICULUM VITAE



INFORMACION DE CONTACTO

Nombre: Lesly Banessa Toledo Márquez

Identidad: 0321199100248

Dirección: 3a calle SE, 4a avenida SE, Barrio San Sebastián, punto de referencia: cuadra y media arriba de baterías LTH, Comayagua, Comayagua.

Teléfono fijo número: 2772-7165,

Teléfono celular número: (+504) 3170-6044

Correo Electrónico: banessatol@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Egresada de la carrera de Medicina y Cirugía en la Universidad Católica de Honduras, actualmente cursando un diplomado de administración hospitalaria en UNITEC, graduada de Bachillerato en ciencias y letras en el Liceo Jesús de Nazareth , con mucho interés en seguir adquiriendo conocimiento y poniendo en práctica mis capacidades desarrolladas en el ámbito de la salud.

INTERÉS PERSONAL

- Especialidad en medicina física y rehabilitación.
- Diplomado en administración Hospitalaria
- Diplomado en salud y seguridad ocupacional.
- Estudiar catación en el sector cafetalero.
- Empezar negocios propios con futuras ideas familiares.
- Diplomado en Ingles

ESTUDIOS

-Educación Superior: Universidad Católica de Honduras, Campus De Siguatepeque Y San Pedro Sula. (Doctor en medicina y cirugía).

Pasante de Diplomado de administración de Hospitales en la universidad tecnológica de Honduras (UNITEC) Campus San Pedro Sula

ndaria: Instituto Liceo Jesús De Nazareth, Comayagua, Comayagua, Honduras. (Bachiller en Letras).

ria: Escuela de Niñas Rosa de Valenzuela

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Año de servicio social realizado en CIS Guasistagua, municipio del Rosario depto. Comayagua
- Práctica en el Hospital Mario Catarino Rivas de la Ciudad De San Pedro Sula. Por 1 año
- Práctica en el Hospital Regional De Progreso por 3 meses
- Labores de Oficina y contabilidad en empresa familiar orientada al rubro del café.

IDIOMAS

Idioma 1: Español

CURSOS Y ACTUALIZACIONES

Jornada De Actualización En Medicina Física Y Rehabilitación

Jornada De Salud Mental En Sexualidad Y Parafilias

III Congreso Medico De Emergencias Medicas

LXI Congreso Medico Nacional Atención Primaria En Salud; Logros Y Desafíos Del Siglo XXI

Jornada De Actualización De Ortopedia 2018

Jornada De Actualización Medicina Interna 2018

Jornada De Actualización Gastroenterología 2019

VI Jornada De Actualización Regional Medica En Pediatría, Comayagua 2019

Curso De Soporte Vital Básico BLS, 2020.

Participación Con Las Fuerzas Armadas De Honduras en Brigadas Médicas En Las Comunidades: La Trinidad, Palo Pintado, municipios de Comayagua.

Participación En Brigada Médica Con La Base Aérea Soto Cano De La Ciudad De Comayagua.

Participación En El 2 Congreso Internacional De Seguridad Y Calidad: Urgencias Y Desastres Una Prioridad Para El Profesional De Enfermería, En La Ciudad De Mérida, Yucatán México

Actualización de Coronavirus realizada en la sede Comayagua, 2020

Curso Virtual Prevención COVID-19, Instituto Mexicano seguro social.

Curso Virtual Ventilación Mecánica para no Intensivistas. EDX

REFERENCIAS PERSONALES

Dr Franklin Napoleón Osorio (Ginecólogo)

Cel.: 97257512

Correo: naposorio88@gmail.com

Dra. Karen Stephanie Rodríguez (Pediatra)

Cel: 99614235

Correo: key_ro8a@hotmail.com

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

LESLY BANESSA / TOLEDO MARQUEZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 23 MARZO 1991
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 14 JUNIO 2013

0321-1991-00248



12091014-02

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 BANESSA / TOLEDO MARQUEZ
0321-1991-00248



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

CONSTANCIA DE SOLVENCIA


El Secretario de Finanzas del "Colegio Médico de Honduras", por este medio hace constar: Que el Dr.(a)

LESLY BANESSA TOLEDO MARQUEZ

Colegiado (a) No. **01-16268**, se encuentra solvente con esta institución y en pleno de goce de sus Derechos Profesionales.

Y para los fines que al interesado (a) convengan, se le extiende la presente en la ciudad de Tegucigalpa a los 22 días del mes de julio del 2020.




DRA. ZOILA SUYAPA PRUDOT BARDALES
SECRETARIA DE FINANZAS

TRABAJO

VALOR: L. 150.00

EMITIDA: 21/07/2020 EN: COMAYAGUA, COMAYAGUA

NOMBRES: LESLY BANESSA

APELLIDOS: TOLEDO MARQUEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0321199100248

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 23/03/1991

DOMICILIO: BARRIO ARRIBA, 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 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.



Honduras C.A
Secretaria de Seguridad
Dirección Policial de Investigaciones
(D.P.I.)

CONSTANCIA DE ANTECEDENTES POLICIALES

El Suscrito Jefe Departamental de la **DIRECCIÓN POLICIAL DE INVESTIGACIONES (DPI)** del Departamento de Comayagua, por este medio **HACE CONSTAR QUE**: Según nuestros archivos y los archivos de la Oficina Central del Departamento de Archivo Criminal El (la) Señor(a): **LESLY BANESSA TOLEDO MARQUEZ**, de Nacionalidad **HONDUREÑA**, con Tarjeta de Identidad **No.0321-1991-00248** ****ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA REGISTRADO (A)**** QUE HAYA COMETIDO DELITO O FALTA ALGUNA.

Y, para constancia se firma la presente en la Ciudad de Comayagua, a los Veintiún días del mes de julio del año Dos mil Veinte.

VIGENCIA POR UN (1) AÑO

INSPECTOR DE POLICIA

GABRIEL FELICIANO CANALES RODRIGUEZ.
JEFE DEPARTAMENTAL NO. 3 (DPI), COMAYAGUA.
(B.T/0243)



El Rector en ejercicio de las facultades que la ley le otorga, confiere a

**LESLY BANESSA
TOLEDO MARQUEZ**

El Título de

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Habiendo cumplido con los estudios correspondientes en el grado académico de Doctor en Medicina y Cirugía y satisfecho todos los requisitos Académicos, Legales y Administrativos.

En consecuencia queda investida con todos los derechos y obligaciones que la ley establece.

Dado en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., a los catorce días del mes de junio de dos mil diecinueve.

+ *Angel Faradiego*
Canciller

[Signature]
Vicerrector Académico

[Signature]
Rector

[Signature]
Secretario General





MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES.

275069

Nº 000275069

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE
 LESLY BANESSA TOLEDO

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
26/07/20	31/12/2020	2019

Valor Pag. 23.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE



COMAYAGUA, REPUBLICA DE HONDURAS. TEL. 099-401-1000. FAX 099-401-1000. WWW.COMAYAGUA.GOV.HN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
36-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) LAURITA JOHANA RAMOS RIVERA** identidad **1618-1990-00603** solvencia municipal No. 275574, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante



El Contratado (a)

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 36-A-2020. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020. ✓

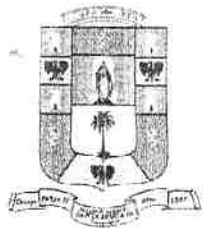

LAURITA JOHANA RAMOS RIVERA

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 36-A-2020. Correspondiente al 24 de Septiembre al 23 de Octubre, 2020.

Comayagua, 23 de Octubre, 2020.


LAURITA JOHANA RAMOS 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.comayagua.gub.hn

17 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 **LAURITA JOHANA RAMOS RIVERA**, quien ha sido seleccionada. para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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



LAURITA JOHANA RAMOS RIVERA

29 Años
(504) 99800510

Ciudad de Comayagua, B° Abajo entre
4 y 5ta calle, media cuadra al sur de
Escuela Guadalupe. Ulloa.

lauritajohana08@gmail.com

1618199000603 ID

RESUMEN PROFESIONAL

Dra. En Medicina y Cirugía

Proactiva, con calidez humana, ordenada, responsable, y comprometida con los deberes profesionales.

COMPETENCIAS

- Liderazgo
- Trabajo en equipo
- Gestión de proyectos
- Eficiente

Idioma

- Español natal / Inglés nivel intermedio

Informática

- Microsoft Word Nivel avanzado
- Microsoft Power Point nivel intermedio
- Microsoft Excel nivel básico

Paquetes estadísticos: Epi Info 7 nivel básico – SPSS básico versión 23

EDUCACIÓN

Educación Primaria

1997 - 2002
Santa Bárbara, Honduras Escuela Dr. Miguel Paz Barahona

2003 - 2009 **Educación secundaria (Bachiller C y L, técnico en computación)**

Santa Bárbara, Honduras Instituto Superación

2009 - 2019 **Educación Universitaria (Dra. En medicina y cirugía)**

Tegucigalpa, Honduras Universidad Nacional Autónoma de Honduras

EXPERIENCIA PROFESIONAL

Marzo. 2018 – marzo 2019

Intibucá, Honduras

SERVICIO MEDICO SOCIAL

- Asistencia médica según Normas Nacionales de Salud.
- Diagnóstico Clínico y Cirugía menor.

Oct 2019 –Enero 2020

Tegucigalpa, Honduras

LABORATORIOS CLINICO PASTEUR

- Médico asistencial
- Diagnóstico clínico y Cirugía menor

Julio 2020

Comayagua, Honduras

CENTRO MEDICO SAN RAFAEL

- Diagnostico Clínico y Cirugía menor.

REFERENCIAS

- **Mario Reynel Zaldívar**
Ingeniero electrónico, jefe del departamento de soporte técnico en registro nacional de las personas, Tegucigalpa.
Celular. (504) 9979-5704 E-mail: marzal60@hotmail.com
Relación: amigo

- **María Fernanda Ruiz**
Dra. En Medicina en y Cirugía, médico asistencial en la consulta externa Hospital Manuel de Jesús Subirana, Departamento de Yoro.
Celular. (504) 3302-9429 E-mail: maferchu15@gmail.com
Relación: Compañera de educación universitaria.

PARTICIPACION EN

CONGRESOS

- CONGRESO NACIONAL DE CARDIOLOGIA 2019
- XII CONGRESO MEDICO NACIONAL DR.ANDRES CASTILLO
"TRANSFORMANDO LA MEDICINA A TRAVES DE LA EVIDENCIA"
2019
- XV CONGRESO NACIONAL DE REUMATOLOGIA 2019 DR.
ABRAHAM GARCIA KUTZBACH, 2019
- XIV CCN ASOCEM UNAH "Neurociencias y medicina y medicina
cardiovascular, avances, investigación y atención clínica " 2015

JORNADAS DE ACTUALIZACION

- 4ta JORNADA de tratamiento integral de lesiones por quemaduras 2019
- Nuevos enfoques terapéuticos en dermatosis frecuentes, 2019
- "Estrategia integral de manejo del dengue". 2019
- "Dengue : Emergencia Nacional 2019"
- Jornada de Actualización en Diabetes ,2019
- Jornada de Actualización sobre Cáncer de Mama. 2018

CURSOS PRESENCIALES

- Soporte Vital Cardiovascular Básico (SVB/BLS), 2019
- Curso Básico de METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, 2019
- Curso : Office Básico 2016,Word,
- Paquete Estadístico SPSS Básico versión 23, 2016
- Fortalecimiento de la resucitación neonatal, en programas sostenibles de
atención neonatal esencial. 2014
- I CURSO TALLER DE EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA, 2014

CURSOS EN LINEA

- Ética Profesional- INFOP (Instituto Nacional de formación Profesional) – 2020.
- Hoja de vida y entrevista de trabajo Online – INFOP (Instituto Nacional de formación Profesional 2020).
- Medidas de Bioseguridad – INFOP (Instituto Nacional de formación Profesional – 2020).
- Manipulación segura de alimentos – INFOP (Instituto Nacional de formación Profesional 2020).

TRABAJOS DE INVESTIGACION

- Prevalencia del uso de alcohol y otras drogas y otros factores relacionados en población general 8 años en municipio de san juan Intibucá marzo 2018 marzo del 2019.
- Autor y expositor del protocolo de Investigación “variación del estado Nutricional en pacientes Oncológicos Comparado con un grupo Control en Hospital General San Felipe y Hospital Militar. Septiembre a octubre 2015”

DIPLOMADOS

- Inglés como segunda lengua, UPNFM, 2013



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

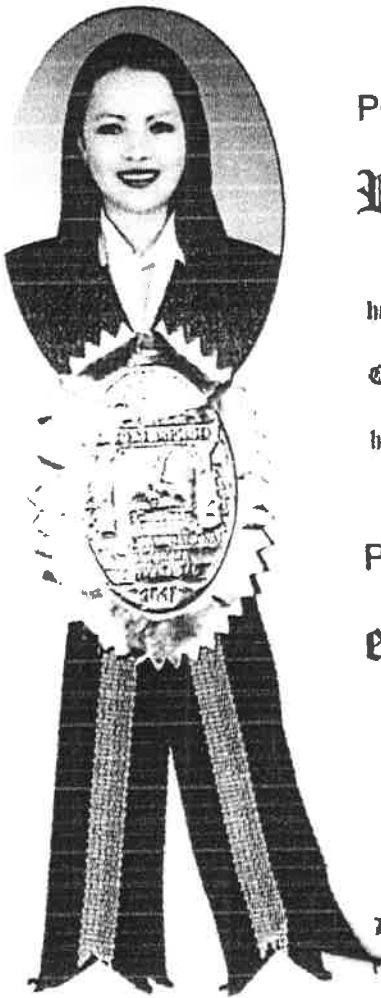
El Rector (a) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
en ejercicio de las facultades que la Ley le confiere

POR CUANTO: **Laurita Johana
Ramos Rivera**

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

POR TANTO: le extiende el título de **Doctora
en Medicina y Cirugía**

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, M.D.C.
el veintinueve de mayo de dos mil diecinueve.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE HONDURAS
SECRETARÍA GENERAL
(Presentada firmada)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE HONDURAS
RECTOR (A)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANO (A) & DIRECTOR (A)



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

LAURITA JOHANA / RAMOS RIVERA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 27 JUNIO 1990
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 25 OCTUBRE 2017



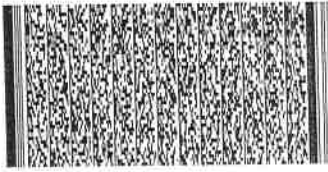
1618-1990-00603



12104189-02

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.M.P.



SOLICITADA EN 1618

LAURITA JOHANA / RAMOS RIVERA

1618-1990-00603

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
37-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) ALEJANDRA MASSIEL GONZALES ESCOBAR** identidad **1201-1993-00862** solvencia municipal No. 275572, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 **24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado (a)

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 37-A-2020 ✓. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020 ✓



ALEJANDRA MASSIEL GONZALES ESCOBAR

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 37-A-2020**. Correspondiente al 24 de Septiembre al 23 de Octubre, **2020**.

Comayagua, 23 de Octubre, 2020.



ALEJANDRA MASSIEL GONZALES ESCOBAR

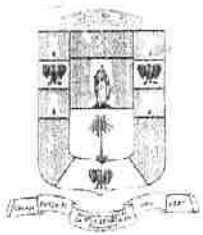
RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 37-A-2020**. Correspondiente al 24 de Octubre al 23 de Noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de Noviembre, 2020.



ALEJANDRA MASSIEL GONZALES ESCOBAR



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

17 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 **ALEJANDRA MASSIEL GONZALES ESCOBAR**, quien ha sido seleccionada, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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 Vitae



I. DATOS GENERALES:

Nombre: Alejandra Massiel González Escobar
Numero de identidad: 1201-1993-00862
Fecha de nacimiento: 26 de Enero 1993
Dirección: Colonia Los Jazmines, Comayagua
Edad: 27 años
Estado Civil: Casada
Nacionalidad: Hondureña
Correo Electrónico: Amgemassiel26@gmail.com
Teléfono: 3239-6114 / 32876252 Marvin

II. FORMACION ACADEMICA:

- Educación superior: Doctora en Medicina y Cirugía
2010-2019 Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)
Tegucigalpa, F.M. Honduras
- Educación Media: Bachiller en Ciencias y Letras
2005-2009 Instituto Departamental León Alvarado
Comayagua, Honduras
- Educación Primaria: Escuela Oficial Eben Ezer
1999-2004 Comayagua, Honduras

III. CONGRESOS Y CAPACITACIONES:

- 2018 Congreso Médico “Jornada de Actualización Medica en Pediatría”
Colegio Médico de Honduras
Comayagua, Honduras
- 2017 Capacitación “Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales” (CONE)
Hospital General Santa Teresa, Comayagua
Duración: 36 horas
- 2017 Congreso Médico “Jornada de Actualización de Endocrinología”
Colegio Médico de Honduras
Comayagua, Honduras
- 2017 Congreso Médico “Jornada de Actualización de Ortopedia”
Colegio Médico de Honduras
Comayagua, Honduras
- 2013 Taller “Cirugía Menor Básica”
Cruz Roja Hondureña
Duración: 40 horas
- 2009 “Primeros Auxilios Estándar”
Cruz Roja Hondureña
Duración: 100 horas

IV. CURSOS

- 2020 “Excel Intermedio”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas
- 2020 “Excel Financiero”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas
- 2020 “MS Publisher”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas

- 2020 “Finanzas Personales”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas
- 2020 “Redes Sociales para Negocios”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas
- 2020 “Publicidad Creativa”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas
- 2018 Curso de Ética
Colegio Médico de Honduras
Tegucigalpa, Honduras
- 2018 “Introducción a la Investigación Clínica”
The Global Health Network
- 2018 “Normas de Buena Práctica Clínica”
The Global Health Network
- 2018 “La Pregunta de Investigación”
The Global Health Network
- 2016 “MS Power Point”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas
- 2016 “Introducción al Epi Info”
Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)
Duración: 20 horas
- 2015 “MS Excel Básico”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas
- 2015 “Servicio de Calidad al Cliente”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas

- 2015 “Administración de Personal”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas
- 2015 “Oratoria”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas
- 2015 “Relaciones Interpersonales”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas
- 2011 “Etiqueta y Protocolo”
Instituto Nacional de Formación Profesional “INFOP”
Duración: 20 horas

V. VOLUNTARIADOS

- 2018 Brigada Médica
Fuerzas Armadas de Honduras
La trinidad, Comayagua
- 2018 Brigada Médica
Fuerza Aérea Hondureña “Cnel. José Enrique Soto Cano”
Comayagua, Honduras
- 2009 Socorrista Voluntaria
Cruz Roja Hondureña
Comayagua, Honduras

VI. EXPERIENCIA PROFESIONAL

✦ Medico en Servicio Social
Hospital General Santa Teresa, Comayagua
Marzo 2018 – Marzo 2019

✦ Internado Rotatorio
Hospital General Santa Teresa, Comayagua
Noviembre 2016 – Noviembre 2017

VII. PERFIL

- ✓ Médico General con excelente atención a pacientes, con vocación de servicio, carismática y empática con los pacientes
- ✓ Responsable, Dinámica y Proactiva
- ✓ Trabajo en equipo y bajo presión
- ✓ Excelente expresión oral y escrita

Idiomas Extranjeros:

- ✓ Italiano Avanzado
- ✓ Ingles Básico

Conocimientos:

- ✓ Microsoft Office
- ✓ Epi Info

Otros Datos:

- ✓ Colegiada, con carnet y sello
- ✓ Disponibilidad de horario
- ✓ Disponibilidad de viajar

VIII. REFERENCIAS PERSONALES

✚ Yariela Mejia

Doctora en Medicina y Cirugía
Cel. 9953-3781

✚ José Raúl Polanco

Doctor en Química y Farmacia
Cel. 9661-0369

✚ Oscar Portillo Cruz

Pastor Iglesia Bautista Comayagua
Tel. 2772-8929

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

ALEJANDRA MASSIEL / GONZALEZ ESCOBAR



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
 NACIO EL 26 FEBRERO 1993
 SEXO FEMENINO
 EMITIDA EL 21 FEBRERO 2011

1201-1993-00862



15902184-01

ARTÍCULO 31 DE LA LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS. Toda persona que se encuentre inscrita en el Registro Nacional de las Personas debe llevar consigo su Tarjeta de Identidad. La falta de esta documentación será sancionada de acuerdo a lo establecido en la legislación nacional correspondiente.

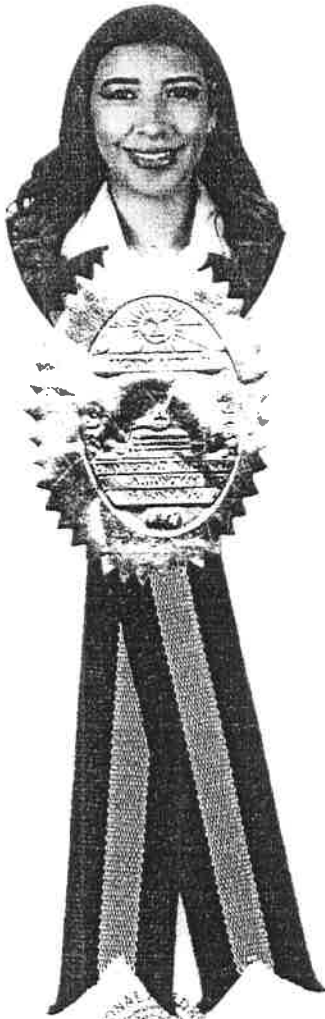



SOLICITADA EN 0301
 ALEJANDRA MASSIEL / GONZALEZ ESCOBAR
 1201-1993-00862



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: **Alejandra Massiel
González Escobar**

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

POR TANTO: le extiende el título de **Doctora
en Medicina y Cirugía**

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, M.D.C.
el once de mayo de dos mil diecinueve.



RECTOR (A)



DECANO (A) o DIRECTOR (A)



SECRETARIO (A) GENERAL

La Junta Directiva
del Colegio Médico de Honduras

Hace constar que la
DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA
Alejandra Massiel González
Escobar



Es miembro de este Colegio con el registro
de inscripción No.

23041915527

Para los fines de Ley extiende el presente

CERTIFICADO
MÉDICO GENERAL

Tegucigalpa, M.D.C., 10 de junio de 2019

Presidenta
Dra. Suyapa Figueroa Eguigurem's

Secretaria de Colegiaciones
Dra. Gladys Argentina Ordóñez Elvir



Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Asociación Pediátrica Hondureña
Capítulo Zona Centro



Otorga el Presente

CERTIFICADO

A **Alejandra Massiel González E.**

0456043

Por Haber participado como **Asistente**

En la VI Jornada de Actualización Regional Médica en Pediatría
 Realizada en la ciudad de Comayagua, Comayagua el 18 y 19 de mayo del 2018
CENEMEC 8 o (OCHO PUNTO CERO) HORAS
CERO PUNTO VEINTICINCO (0.25) Punto Oro



Dr. Maño Castillo

Maño Castillo



Dr. Jairo Caballero

PRESIDENTE CAPITULO ZONA CENTRO

Jairo Caballero



Dra. Fanny Navas

PRESIDENTE CENEMEC

Fanny Navas

ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA

HOSPITAL GENERAL
SANTA TERESA
COMAYAGUA



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

HOSPITAL GENERAL
SANTA TERESA



OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA
A **ALEJANDRA MASSIEL GONZÁLES ESCOBAR**

Por su participación en la capacitación de "Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales" (CONE) durante la semana del 19 al 23 de junio del 2017. Con una duración de treinta y seis horas.



Dra. Violeta Castañeda
Directora Ejecutiva HGST.



Blanca
Master Blanca H...
Coordinador Técnico de Calidad HGST.



Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Asociación Hondureña de Endocrinología



Otorgan el Presente

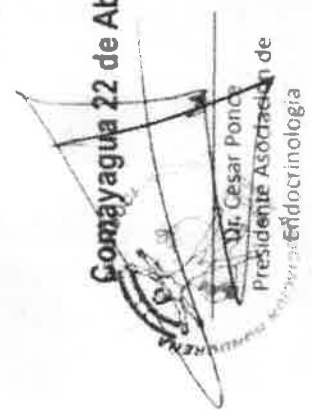
0423267

CERTIFICADO

A: DRA. ALEJANDRA MASSIEL GONZALEZ

Por su participación como: ASISTENTE

A la Jornada de Actualización de Endocrinología.





Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Sociedad Hondureña de Ortopedia

0419722

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

A: DRA. ALEJANDRA GONZALEZ

Por su participación como: ASISTENTE

A la Jornada de Actualización de Ortopedia.

Comayagua 24 de Febrero 2017.

Asociación Hondureña de
Ortopedia y Traumatología

FIRMANCIA

Dr. René Forbata
Presidente Sociedad de
Ortopedia



Dra. Johana Bermudez
CENEMEC



Dr. Jorge Casco
Presidente Sociedad Médica
Comayagua

3.5 Horas CENEMEC



Dra. María
CENEMEC



Cruz Roja Hondureña
Consejo Comayagua
Unidad de Capacitación Técnica
UNICAPT

OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

A: *Alejandra Massiel Gonzalez Escobar*

Por su participación y aprobación en el taller de "Cirugía Menor Básica".

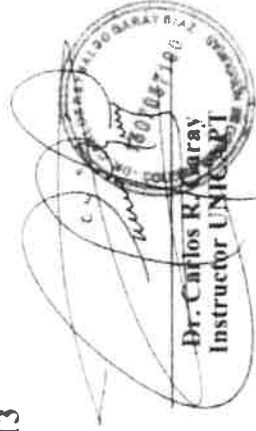
Obteniendo una nota de 95% Impartido los días 18, 19, 20 y 26, 27 de Enero del 2013.

Con duración de 40 horas y modalidad Teórico-Práctica.

Comayagua, 27 de Enero del 2013



Bach. Lec. Melvin Masferrer
Coord. UNICAPT Comayagua



Dr. Carlos R. Garay
Instructor UNICAPT

Licda. Julia Castrillo
Presidenta del Consejo Deptal. de Comayagua



Cruz Roja Hondureña
UNIDAD DE CAPACITACIÓN TÉCNICA

Por el Presente

Certifica

QUE *Alejandra Massiel González Escobar*

Participó y Aprobó el

Curso de Primeros Auxilios Estándar

Realizado en Comayagua, Comayagua 8 - 8 con una duración de 100 horas

Dado en Comayagua, M.D.C. a los 01 días del mes de Junio de 2009


MENECA DE NIENCIA
Presidencia de Consejo Nacional


Coordinación Nacional de Capacitación



INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INFOP

República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Massiel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: MS EXCEL INTERMEDIO

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 06-04-2020 al 17-04-2020 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 24 días del mes de Abril de 2020

Registro No. 1808839

Firmado digitalmente por:

BORIS EMILIO PINEDA LOPEZ

Tutor Virtual



MARLON HUMBERTO EVELINE

Jefe Departamento Formación a Distancia

La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infop.hn/certificados>, bajo el Registro No.: 1808839

Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.





★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INFOP

República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Mavisel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: EXCEL FINANCIERO

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 20-04-2020 al 01-05-2020 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 08 días del mes de Mayo de 2020

Registro No. 1812056

Firmado digitalmente por:

LESTER IVAN OSEGUERA MENDOZA

Tutor Virtual



MARLON HUMBERTO EVELINE

Jefe Departamento Formación a Distancia

La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infop.hn/certificados>, bajo el Registro No.: 1812056

Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.





★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INTOP

República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Massiel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: MS PUBLISHER

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 20-04-2020 al 01-05-2020 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 08 días del mes de Mayo de 2020

Registro No. 1814564

Firmado digitalmente por:

JUNIOR ALEXIS GARCIA LUQUE

Tutor Virtual



LARLON HUMBERTO EVELINE

Jefe Departamento Formación a Distancia



La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infop.hn/certificados>, bajo el Registro No.: 1814564

Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.



República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Maissiel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: FINANZAS PERSONALES

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 01-06-2020 al 12-06-2020 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 19 días del mes de Junio de 2020

Registro No. 1846697

Firmado digitalmente por:

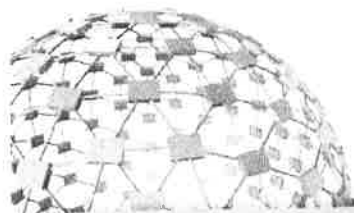
ENGELS HORACIO PÉREZ OLIVERA

Tutor Virtual



MARLON HUMBERTO EVELINE

Jefe Departamento Formación a Distancia



La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infp.hn/certificados>, bajo el Registro No.: 1846697.

Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.



★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INFOP

República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Maissiel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: REDES SOCIALES PARA NEGOCIOS

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 04-05-2020 al 15-05-2020 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 22 días del mes de Mayo de 2020

Registro No. 1823521

Firmado digitalmente por:

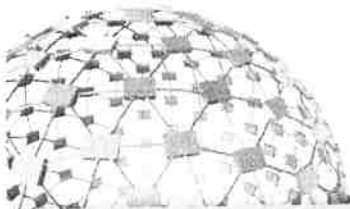
ENGELS HORACIO PÉREZ OLIVERA

Tutor Virtual



MARLON HUMBERTO EVELINE

Jefe Departamento Formación a Distancia



La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infop.hn/certificados>, bajo el Registro No.: 1823521

Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.



★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INTOP

República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Maricela Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: PUBLICIDAD CREATIVA

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 04-05-2020 al 15-05-2020 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 22 días del mes de Mayo de 2020

Registro No. 1823428

Firmado digitalmente por:

IVETH MARICELA MENDOZA GONZALEZ

Tutor Virtual



MARLON HUMBERTO EVELINE

Jefe Departamento Formación a Distancia

La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infop.hn/certificados>, bajo el Registro No. 1823428

Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.





COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC)

Comisión de Ética y Práctica Médica

Otorgo lo Presente

Constancia

A: Alejandra Massiel González Escobar

Por su participación como Asistente en el.

Curso de Ética I

0451873

Tegucigalpa, Honduras, el 15 de febrero del 2018


Dra. Johana Berro Llacayo
Coordinadora de la Comisión de Ética y Práctica Médica



PBX: 2269-1832, 2269-1833, 2269-1834, 2269-1835, 2269-1836, 2269-1837, 2269-1838, 2269-1839, FAX: 2269-1831
Boulevard Fuerzas Armadas, frente a Mall Las Cascadas. Apartado Postal No. 810, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A.
www.colegiomedico.hn



ALEJANDRA MASSIEL
GONZALEZ ESCOBAR

INTRODUCCIÓN A LA
INVESTIGACIÓN CLÍNICA

100%

21/09/2018



Global Health Network
Enabling research by sharing knowledge



ALEJANDRA MASSIEL
GONZALEZ ESCOBAR

NORMAS DE BUENA
PRÁCTICA CLÍNICA ICH E6
(R2)

100%

21/09/2018



This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among the sponsors.

Global Health Training Center
www.healthtrainingcenter.org
CERTIFICATE NUMBER: 180001



ALEJANDRA MASSIEL
GONZALEZ ESCOBAR

LA PREGUNTA DE
INVESTIGACIÓN

100%

06/09/2018



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/ghtraining
© 2018 WARM, LSTM, and The Global Health Network



★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INTOP

República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Mariel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: MS POWER POINT

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 10-10-2016 al 21-10-2016 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 28 días del mes de Octubre de 2016

Registro No. 1425815

Firmado digitalmente por:

SONIA MARLENY GONZALEZ RAU

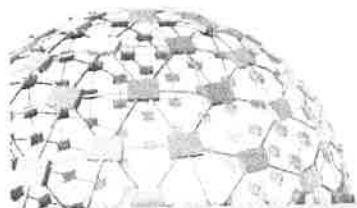
Tutor Virtual

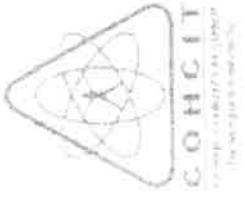


MARLON HUMBERTO EVELINE

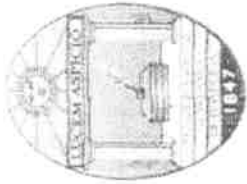
Jefe Departamento Formación a Distancia

La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infoh/certificados>, bajo el Registro No.: 1425815
Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.





*Facultad de Ingeniería
Centro Excelencia para la Educación en
Tecnologías de Información India—Honduras*



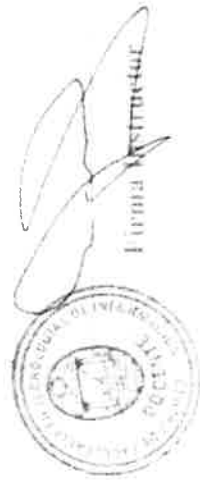
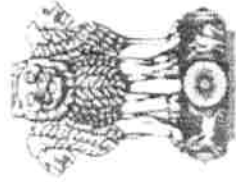
CERTIFICADO DE PARTICIPACION

ENTENDIDO A:

ALEJANDRA MASSIEL GONZÁLEZ ESCOBAR

Curso: Introducción al Epi Info 7

Duración: 20 horas, Agosto 2015



Firma Instructor



Firma Directora



★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INFOP

República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Massiel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: MS EXCEL BÁSICO

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 10-10-2016 al 21-10-2016 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 28 días del mes de Octubre de 2016

Registro No. 1425374

Firmado digitalmente por:

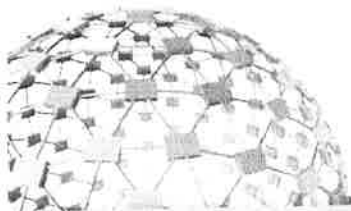
SONIA MARLENY GONZALEZ RAU

Tutor Virtual



MARLON HUMBERTO EVELINE

Jefe Departamento Formación a Distancia



La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infop.hn/certificados>, bajo el Registro No.: 1425374
Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.



★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INTOP

República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Massiel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: SERVICIO DE CALIDAD AL CLIENTE

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 13-07-2015 al 24-07-2015 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 30 días del mes de Julio de 2015

Registro No. 1319291

Firmado digitalmente por:

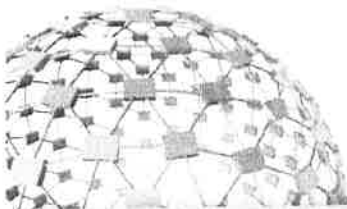
ENGELS HORACIO PÉREZ OLIVERA

Tutor Virtual



MARLON HUMBERTO EVELINE

Jefe Departamento Formación a Distancia



La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infop.hn/certificados>, bajo el Registro No.: 1319291

Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.



★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INFOP

República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Maissiel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 13-07-2015 al 24-07-2015 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 30 días del mes de Julio de 2015

Registro No. 1318726

Firmado digitalmente por:

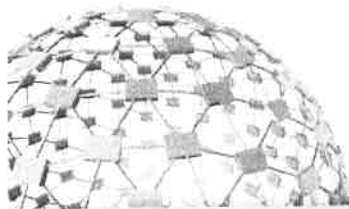
ENGELS HORACIO PÉREZ OLIVERA

Tutor Virtual



MARLON HUMBERTO EVELINE

Jefe Departamento Formación a Distancia



La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infop.hn/certificados>, bajo el Registro No.: 1318726
Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.



★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INFP

República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Massiel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: ORATORIA

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 29-06-2015 al 10-07-2015 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 30 días del mes de Julio de 2015

Registro No. 1318+16

Firmado digitalmente por:

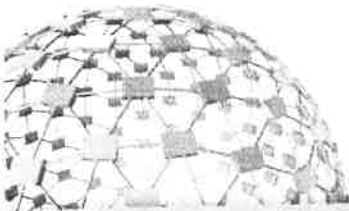
ENGELS HORACIO PÉREZ OLIVERA

Tutor Virtual



MARLON HUMBERTO EVELINE

Jefe Departamento Formación a Distancia



La autenticidad de este documento puede ser verificado en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infp.hn/certificados>, bajo el Registro No.: 1318+16
Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.



República de Honduras

★ ★ ★ ★ ★
INSTITUTO NACIONAL
DE FORMACIÓN PROFESIONAL
INTOP

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL

Otorga el presente

CERTIFICADO

A: Alejandra Maissiel Gonzalez Escobar

Por haber aprobado el Curso: RELACIONES INTERPERSONALES

Impartido en la Unidad Operativa: Formación a Distancia

Del 29-06-2015 al 10-07-2015 duración 20 horas

Modo de formación: Complementación a Distancia (Virtual)

Dado en Tegucigalpa a los 30 días del mes de Julio de 2015

Registro No. 1318450

Firmado digitalmente por:

ENGELS HORACIO PÉREZ OLIVERA

Tutor Virtual

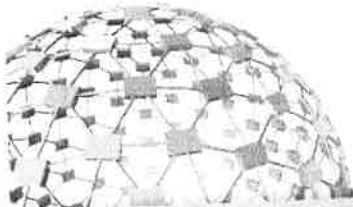


MARLON HUMBERTO EVELINE

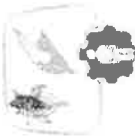
Jefe Departamento Formación a Distancia

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://www.infop.hn/certificados>, bajo el Registro No. 1318450

Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez legal ni jurídica sin el respaldo original de la página electrónica.



INFOP



República de Honduras

INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL



OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO

ALEJANDRA MASSIEL GONZALEZ ESCOBAR

ETIQUETA Y PROTOCOLO

Por haber aprobado el curso

Impartido en la Unidad Operativa Entidad.

Sección Formación en Turismo

13 de junio, 2011

al

17 de junio, 2011

duración

20

horas

Miembro de Formación

Complementación

Tegucigalpa, MDC, a las 26

de las

Agosto

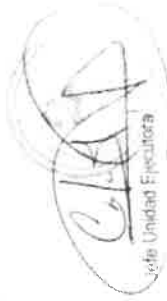
días del mes de

2011

Dada en

964,855

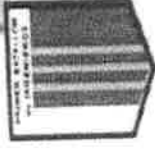
Registro:



SR

Instituto

FUERZAS ARMADAS DE HONDURAS
EJÉRCITO
FUERTE "GENERAL TERENCIO SIERRA"
PRIMER BATALIÓN DE INGENIEROS



EL SR. COMANDANTE

Otorga el Presente

DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO

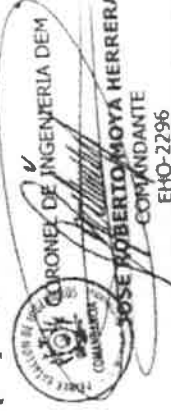
A:

MÉDICO

ALEJANDRA MASSIEL GONZÁLEZ ESCOBAR

*Por su valioso apoyo a la Brigada Médica realizada en el Centro de Educación
Básica "José Trinidad Reyes" en el municipio de La Trinidad, Comayagua*

Signatepeque, Comayagua, 28 de julio de 2018





FUERZA AEREA HONDUREÑA
BASE AEREA
"CNEL. JOSE ENRIQUE SOTO CANO"
OTORGA EL PRESENTE:

DIPLOMA DE AGRADECIMIENTO

El Señor Comandante, Plana Mayor, Oficiales, Suboficiales, Seguridad de Instalaciones y Personal Auxiliar de la Base Aérea "Cnel. José Enrique Soto Cano" Agradecen muy efusivamente.

A la Doctora: Alejandra Massiel Gonzales Escobar

Por su valiosa colaboración a esta Unidad Aérea en apoyo a la Brigada Médica realizada en la "Cámara de Comercio e Industrias de Comayagua".

Extendido en Tegucigalpa, Comayagua a los 18 días del mes de Junio de 2018





CRUZ ROJA HONDUREÑA

UNIDAD DE CAPACITACION TÉCNICA

CERTIFICA

Alejandra M. González Escobar

Ha cumplido con los requisitos necesarios para formalizar y tomar parte de Cruz Roja Juventud

Por lo cual se le otorga y presenta

DIPLOMA

de Voluntario Juvenil

Voluntario Juvenil

Dado en Comayaqueia, M.D.C a los 01 días del mes de Junio de 2009



[Signature]



[Signature]

LIB 05 A 10/2009 F 00 L 07



SECRETARIA DE SALUD
Hospital Santa Teresa

CONSTANCIA

La Suscrita Directora Ejecutiva del Hospital General Santa Teresa de esta ciudad de Comayagua por medio de la presente **HACE CONSTAR QUE:**

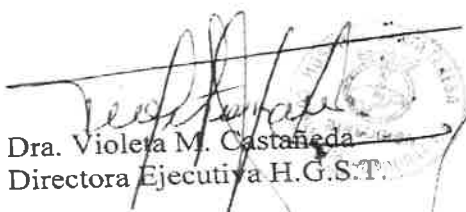
La Dra. Inf. **ALEJANDRA MASSIEL GONZALEZ ESCOBAR**, con número de identidad 1201-1993-00862, realizo su Servicio Social Obligatorio en esta institución durante el periodo comprendo del 16 de Marzo del 2018 al 15 de Marzo del 2019, realizando guardias según rol asignado y rotando por las siguientes salas:


- Sala de Emergencia Adultos y Niños
- Sala de Labor y Partos y Triage Obstétrico

Así como rotación mensual por las salas de hospitalización de:

- Medicina Interna
- Cirugía General
- Pediatría
- Neonatología
- Ginecología
- Puerperio

Y para los fines que estime conveniente se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua a los diecinueve días del mes de Marzo del dos mil diecinueve.


Dra. Violeta M. Castañeda
Directora Ejecutiva H.G.S.T.


Dra. Dolores del Carmen Ortega
Directora Deptal. De Salud No.3


Dr. Freddy Antonio Portillo
Delegado CMH Comayagua.

Bo. Torondón, Comayagua
e-mail: hstcomayagua@gmail.com
TEL. 2772-2281



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
 CONSTANCIA DE PAGO
 DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275572

N° 000275572

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
ALEJANDRA MASSIEL GONZALES
 1201-1993-00862

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
17/08/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 23.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE



FORMULARIO SIMPLIFICADO PARA EL PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 2019. 100% DE EFECTIVIDAD. 2019. 100% DE EFECTIVIDAD.

SOI VENCIA 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.



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

ALEJANDRA MASSIEL / GONZALEZ ESCOBAR



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIÓ EL: 26 ENERO 1993
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 01 FEBRERO 2011



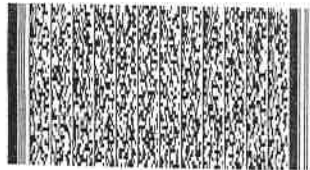
1201-1993-00862



13143134-01

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá piviar 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

ALEJANDRA MASSIEL / GONZALEZ ESCOBAR

1201-1993-00862

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
38-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) JENNIFER ELENA BUSTILLO PASTOR** identidad **0401-1988-00838** solvencia municipal No. 275591, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
2. Ser 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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 **24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020 ✓



El Contratante



El Contratado (a)

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 en el Triage ubicado en el instituto "León Alvarado" en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 38-A-2020**. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020. ✓

Comayagua, 23 de septiembre, 2020. ✓

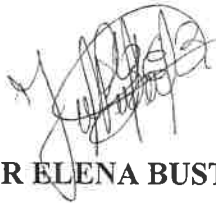


JENNIFER ELENA BUSTILLO PASTOR

RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 39-A-2020**. Correspondiente al 24 de Septiembre al 23 de Octubre, **2020**.

Comayagua, 23 de Octubre, 2020.



JENNIFER ELENA BUSTILLO PASTOR

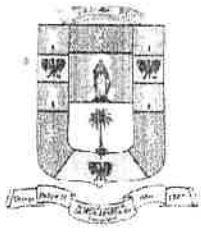
RECIBO POR L. 29,337.63

Recibí de la Tesorería Municipal de la Alcaldía de Comayagua la cantidad de **VEINTINUEVE MIL TRECIENTOS Y TREINTASIETE LEMPIRAS 63/100 (L. 29,337.63)**, por trabajo temporal como Medico General en el en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 39-A-2020. Correspondiente al 24 de Octubre al 23 de Noviembre, 2020.

Comayagua, 23 de Noviembre, 2020.



JENNIFER ELENA BUSTILLO PASTOR



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

17 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 **JENNIFER ELENA BUSTILLO PASTOR**, quien ha sido seleccionada, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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 Yulany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras



DIRECCIÓN:

Colonia Brisas del
Humuya
Comayagua, Comayagua

TELÉFONO:

9569 7213

**CORREO
ELECTRÓNICO:**

PROGRAMAS:

- Microsoft office (Word, Excel, Power Point)

IDIOMAS:

Español
Inglés Intermedio

REFERENCIAS:

- Clínicas Pediátricas
Trochez, Juticalpa
Tel. 9636 4211
- Fundación contra El
Cáncer Alisson,
Comayagua
Tel. 2772 8200

JENNIFER ELENA BUSTILLO PASTOR

Doctora en Medicina y Cirugía

Soy una profesional de la salud, Comprometida con mi vocación y con la calidad del servicio, capaz de orientar el saber adquirido hacia la práctica de un trabajo en equipo.

Actualizándome constantemente para continuar aprendiendo y adaptándome a los cambios que se produzcan a nivel científico, técnico, administrativo y social para participar críticamente en el desarrollo del individuo, su familia y la comunidad.

Fundamentando el ejercicio de mi profesión en el dominio de las bases científicas de las ciencias de la salud aplicando en el ejercicio de mi profesión el razonamiento científico y el pensamiento social.

ESTUDIOS:

Educación Superior: Universidad Nacional

De Honduras (UNAH)

Título Obtenido: Doctora en Medicina y Cirugía

Maestrante de Gestión en servicios de salud.

Educación Secundaria: Liceo José Antonio Rivas.

Título Obtenido: Bachiller en Ciencias y Letras

Educación Primaria: Escuela Inmaculada

EXPERIENCIA LABORAL:

Medico de planta

FUNDACCCOM- FUNDACION TODOS UNIDOS CONTRA EL
CANCER 2019-2020

Medico de planta

FUNDACCCOM- FUNDACION TODOS UNIDOS CONTRA
EL CANCER 2017-2018

Medico en servicio social

HGST- Hospital General Santa Teresa 2016-2017

CURSOS, SEMINARIOS Y DIPLOMAS RECIBIDOS:

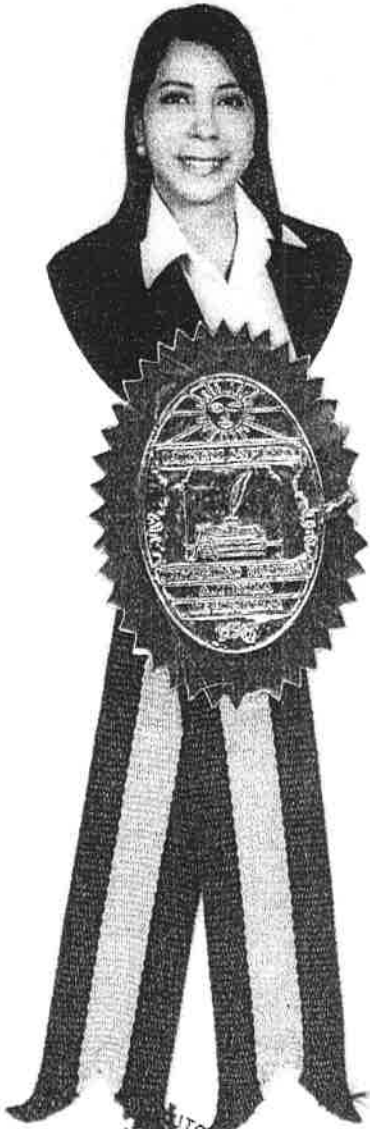
- ❖ Curso Básico en Salud y Seguridad Ocupacional frente al COVID-19 2020.
- ❖ Participación y diploma en Jornada de Emergencias en Medicina Interna 2019.
- ❖ XXII Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia 2019.
- ❖ Jornada d actualización en Diabetes 2019.
- ❖ Congreso Nacional de Oncología Médica 2019
- ❖ Jornada de actualización de enfermedades infecciosas: Tuberculosis 2019
- ❖ Participación en la Reunión Satélite: Accidente Ofídico: Un problema Mundial Panel de Expertos y Documental: Minutos para Morir 2019.
- ❖ Participación en el I Congreso Médico: Especialidades Pediátricas 2019.
- ❖ Participación en el Congresos Nacional de Ortopedia y Traumatología 2018.
- ❖ Actualización de Ortopedia 2018.
- ❖ Jornada de actualización de Neurocirugía 2018.
- ❖ XIII Congreso Nacional de Gastroenterología 2018.
- ❖ Diploma por colaborar en la brigada médica con Fundación ALISSON 2018.
- ❖ Diploma de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales 2017.
- ❖ Radiología; atención primaria en salud 2017.
- ❖ Jornada de Emergencia de MEDICINA INTERNA 2017.
- ❖ Cursos de trastornos psiquiátricos en atención primaria Asociación Hondureña de Psiquiatría 2014.

Comayagua, Agosto 2020



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

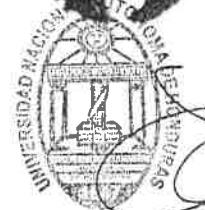


POR CUANTO: **Jennifer Elena
Bustillo Pastor**

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

POR TANTO. le extiende el título de **Doctora
en Medicina y Cirugía**

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, A.D.C.
el doce de diciembre de dos mil diecisiete.



Secretaría General
SECRETARIO (A) GENERAL



REGTOR (A)



DECANO (A) o DIRECTOR (A)



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras
CERTIFICA QUE



JENNIFER ELENA BUSTILLO PASTOR

Es miembro de este Colegio con registro de inscripción

14111713568

Inscrita como:

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA

Tegucigalpa M.D.C., 16 de enero de 2018



Presidente(a)

Dra. Suyapa Figueroa Eguigurems

For. H. Castro
Secretaría de Colegiaciones
Dra. María Antonieta Castro



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

JENNIFER ELENA / BUSTILLO PASTOR




HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL: 20 AGOSTO 1988
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL: 23 ABRIL 2012

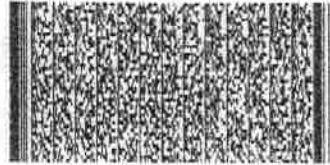
0401-1988-00838



12998941-03

ARTICULO 81 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, pueda 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 B.N.P.



SOLICITADA EN 0301

JENNIFER ELENA / BUSTILLO PASTOR

0401-1988-00838



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

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

0507232

A:

Dra. Jennifer Elena Bustillo Pastor



Por su participación como Asistente en el
Simposio:

Malpraxis, implicaciones legales y su prevención.

Tegucigalpa, M.D.C., 08 de mayo del 2019

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

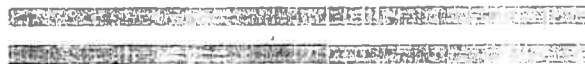
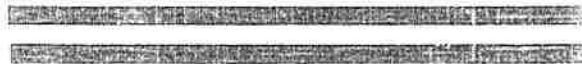
Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos



DRA. SUYAPA FIGUEROA EGUIGUREMS
Presidente CMH



DRA. FANNY NAVAS LEON
Presidenta de CENEMEC





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

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

0493081

A:

Dra. Jennifer Elena Bustillo Pastor

**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

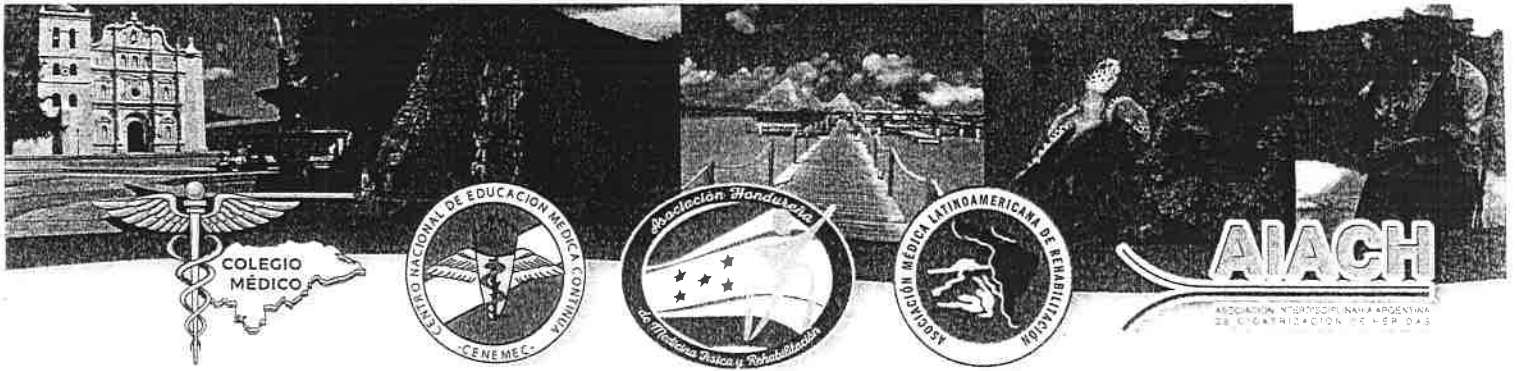
Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos


DRA. SUYAPA MARÍA FIGUEROA
 Presidenta CMH


DRA. FANNY NAYAS LEON
 Presidenta de CENEMEC


DR. MARCO TULIO LUQUE
 Presidente SHEI





COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA – CENEMEC
ASOCIACIÓN MÉDICA LATINOAMERICANA DE REHABILITACIÓN
ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
ASOCIACIÓN INTERDISCIPLINARIA ARGENTINA DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

7199430

OTORGAN EL PRESENTE **CERTIFICADO**


 A: Dra. Jennifer Elena Bustillo Pastor

POR SU PARTICIPACION COMO **ASISTENTE** AL

IV CONGRESO CENTROAMERICANO Y DEL CARIBE DE
MEDICINA FÍSICA
Y REHABILITACIÓN

"Rehabilitación Vanguardista"

TEGUCIGALPA M.D.C. HONDURAS, 13, 14 Y 15 DE JUNIO DE 2019

HORAS CRÉDITO CENEMEC: 18 (DIECIOCHO)

PUNTOS ORO: 3 (TRES) PUNTOS ORO

DRA. MELISSA MEJÍA GUZMÁN
 PRESIDENTE AHMFYR



DRA. FANNY NAVAS LEÓN
 PRESIDENTE CENEMEC

DRA. GABRIELA GALDÁMEZ
 SECRETARIA AHMFYR



FUNDACIÓN TODOS UNIDOS CONTRA EL
CÁNCER(FUNDACCCOM)

CERTIFICADO DE AGRADECIMIENTO

LA SUSCRITA PRESIDENTA DE LA FUNDACIÓN TODOS UNIDOS CONTRA EL CÁNCER COMAYAGUA
AGRADECE A:

DR. JIMY JAVIER PÉREZ RIVERA

POR SU VALIOSA COLABORACIÓN A ESTA FUNDACIÓN EN APOYO A LA BRIGADA
MÉDICA RURAL PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER, REALIZADA POR
ALISSON CENTRO CONTRA EL CÁNCER




PRESIDENTA
FUNDACIÓN TODOS UNIDOS CONTRA EL CÁNCER
LICDA. MARILYN MARTÍNEZ
PRESIDENTA
FUNDACCCOM





Colegio Médico de Honduras
 Centro Nacional de Educación Médica Continua CENEMEC
 Asociación Hondureña de Ortopedia y Traumatología ASHOT



XXVII

0467763

Congreso Nacional de Ortopedia y Traumatología

Otorga el presente certificado a:

Dra. Jennifer Elena Bustillo Pastor

Por su participación en condición de ASISTENTE.

Hotel Clarion, Tegucigalpa, Honduras

21 al 23 de junio de 2018

HORAS CENEMEC: 17 horas (Diecisiete horas)

PUNTOS: 1 Punto (Un punto)



Dra. Fanny Navas
 Presidenta CENEMEC

Asociación Hondureña de
 Ortopedia y Traumatología
PRESIDENCIA

Dr. René Fonseca
 Presidente ASHOT

Asociación Hondureña de
 Ortopedia y Traumatología
SECRETARÍA

Dr. Jorge Elvir
 Secretario ASHOT



Colegio Médico de Honduras
 Centro Nacional de Educación Médica Continua
 Sociedad Hondureña de Oncología



Otorgan el presente

CERTIFICADO

A: Dra. Jennifer Elena Bustillo Pastor.

0187540

Por su participación como ASISTENTE en la

Jornada Nacional de Oncología 2019

Rompiendo Paradigmas en Oncología

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A., 15-16 de Marzo del 2019

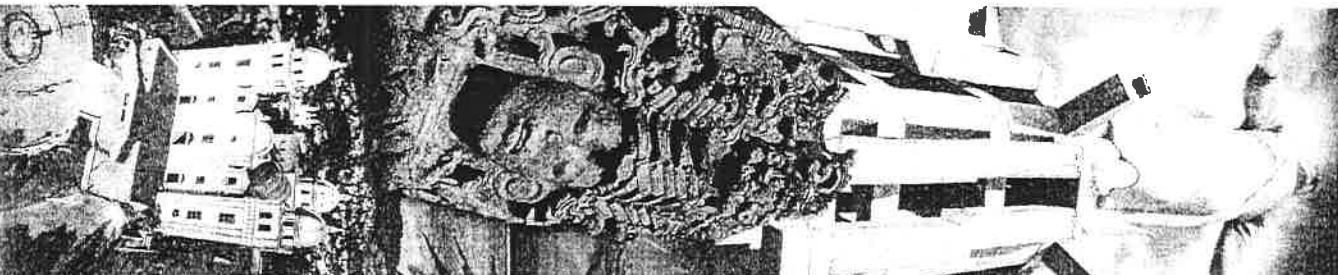
Puntos (0.75) CENEMEC
(13.10 Hrs.)

Dra. Alejandra Zavala
 Presidenta
 SHO

Dra. Cinthia Alejandra Aquino
 Secretaria
 SHO



Dra. Danny Navas León
 Presidenta
 CENEMEC





COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA
ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE GASTROENTEROLOGÍA

Colegio Médico
de Honduras

ORGAN EL PRESENTE

CELEBRARÁ:

0468050

Dra. Jennifer Elena Bustillo Pastor

POR SU PARTICIPACIÓN COMO

ASISTENTE EN EL:

XIII CONGRESO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA

TEGUCIGALPA, HONDURAS, 23, 24 Y 25 DE AGOSTO, 2018

HORAS CENEMEC: Diecisiete punto treinta (17.30).
PUNTOS: 1 (UN) PUNTO ORO

[Signature]
DRA. EDILTRUDYS COLINDRES CAMPOS
PRESIDENTA
ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE GASTROENTEROLOGÍA



[Signature]
DRA. FANNY NAVAS TEJON
PRESIDENTA
CENEMEC



[Signature]
DRA. MARÍA TERESA ANDARA
SECRETARIA
ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE GASTROENTEROLOGÍA



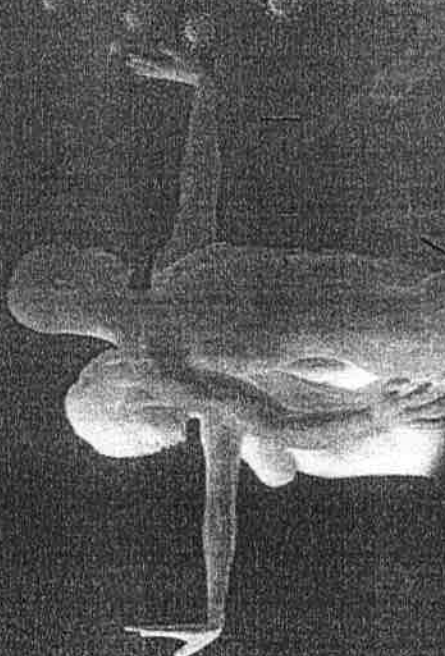
Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua CENEMEC
Sociedad Hondureña de Reumatología



**XV CONGRESO
NACIONAL
DE REUMATOLOGÍA**

2 0 1 9

DR. ABRAHAM GARCÍA KUTZBACH



Otorgan el presente diploma a:



Elena Bustillo Pastor

como asistente al

XV CONGRESO NACIONAL DE REUMATOLOGÍA

del 22 al 24 de agosto del 2019

1 PUNTO ORO CENEMEC 18 HORAS CRÉDITO



Dr. Carlos Santiago Pastelin

Presidente Sociedad Hondureña de Reumatología

Dra. Fanny Navas León

Presidenta CENEMEC

Dra. Aida Zapata

Secretaria Sociedad Hondureña de Reumatología

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE HONDURAS

787277

AB 100

Unidad Valor Total

TOTAL PAGAR: 23.60

[Handwritten signature]

Firma y Sello del Alcalde



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275591

N° 000275592

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
JENNIFER ELENA BUSTILLO
0404-1988-00538

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
18/08/20	31/12/2020	2019

Valor Pag. 23.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE



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



OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO A:

DRA. JENNIFER ELENA BUSTILLO PASTOR



Por su participación como: **ASISTENTE**

0464555

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 del 11 al 14 de julio, 2018.

HORAS CENEMEC: 24 HORAS

PUNTOS CENEMEC: TRES (3) PUNTOS ORO



Dra. Silvapa Figueroa Eguigurems
 Presidente Colegio Médico de Honduras



CENEMEC
Enríquezanny Navas León
 Presidente de CENEMEC



Dra. Kalia Escobar Bodezno
 Presidente Comité Organizador



Dra. Alina Lanza
 Presidente Comité Científico



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



OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO A:

DRA. JENNIFER ELENA BUSTILLO PASTOR

Por su participación como: **EXPOSITOR**


0465025

En el curso Precongreso: **Radiología.**


**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 DOS (2) PUNTOS ORO


Dra. Suyapa Figueroa Eguigurems
 Presidente Colegio Médico de Honduras


Dra. Kariny Kavas León
 Presidente de CENEMEC


Dra. Karla Escobar Rodezno
 Presidente Comité Organizador


Dra. Alina Lanza
 Presidente Comité Científico

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
39-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) KEIDY XIOMARA CHAVARRIA AGUIRRE** identidad **0303-1988-00424** solvencia municipal No. 275608, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
2. Ser 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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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.

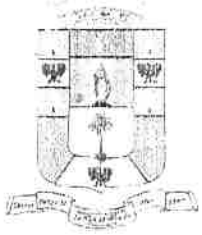
En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Comayagua a los 24 días de agosto de 2020 ✓



El Contratante



El Contratado (a)



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

17 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 **KEIDY XIOMARA CHAVARRIA AGUIRRE**, quien ha sido seleccionada, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

Hondurank
①



Keidy Xiomara Chavarría Aguirre

Barrio La Sabana, cuadra y media del Campo de futbol.
Comayagua, Comayagua
Tel. 9939-0803

Objetivo

Ejercer mi profesión en los distintos centros asistenciales y clínicas del país. Brindándoles así un servicio de calidad y personalizado a todo Hondureño en necesidad de atención médica. Considero que todo profesional debe ser honesto, íntegro y velar por el bien común sobre todas las cosas.

Datos Personales

Lugar de nacimiento: Comayagua, Comayagua.
Fecha de nacimiento: 14 de octubre, 1988
Estado civil: Soltera
Nacionalidad: Hondureña
DNI: 0303-1988-00424
Correo electrónico: KeidyChava04@gmail.com

Formación académica

◆ Estudios

Educación Primaria:(1994-1999)
Escuela de Niñas Rosa de Valenzuela
Educación Secundaria:
Instituto Marista la Inmaculada (2000-2006)
Estudios Universitarios:
Carrera de Medicina y Cirugía UNAH

◆ Idiomas

Español(100%)
Ingles (70%)

◆ Títulos Obtenidos

Bachillerato Técnico en Secretariado.
Doctor en Medicina y Cirugía UNAH (2017)

Actividades Realizadas

- Voluntaria en Atención Médica Hospital Santa Teresa, Comayagua
- Curso de Médicas Tempranas FCM-UNAH.
- Realización de Internado Rotatorio en el Hospital General Santa Teresa (Noviembre 2014- Octubre 2015).
- Servicio Medico Social Obligatorio en el CESAMO José María Ochoa Velásquez, Modalidad en Atención Primaria en Salud APS. (Marzo 2016- Marzo 2017).

- Participación en Jornadas y Talleres de Actualización en Medicina.
- Realización de guardias en el Centro Médico Quirúrgico San José Comayagua.
- Trabajo en Consultorio Medico Sagrado Corazón de Jesús en realización de Exámenes físico y visual para solicitud de Licencias de Conducir, ubicado en Comayagua. 2017-2020.

REFERENCIAS PERSONALES:

1. Lic. Ruth Melissa Ramirez Padilla 9898-7784
2. Paola Melissa Tejada Pineda 9575-1174





REPUBLICA DE HONDURAS
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
 TARJETA DE IDENTIDAD

CHAVARRIA AGUIRRE

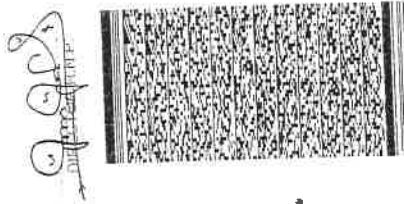


HONDUREÑA POR NACIMIENTO
 NACIO EL 14 OCTUBRE 1988
 SEXO FEMENINO
 EMITIDA EL 09 NOVIEMBRE 2008



11527186-03

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

KEIDY XIOMARA / CHAVARRIA AGUIRRE
 0303-1988-00424

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

KEBY ROSARA CHAVARRIA AGUIRRE

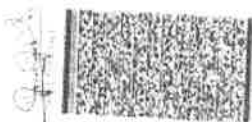


IDENTIFICACION NACIONAL (IN)
CARNÉ DE IDENTIDAD (CI)
CARNÉ DE LAJUNTA
CARNÉ DE LA FUERZA ARMADA

0303-1988-00424



REPUBLICA DE HONDURAS



REPUBLICA DE HONDURAS
KEBY ROSARA CHAVARRIA AGUIRRE
0303-1988-00424



Colegio Medico de Honduras

TARJETA DE IDENTIFICACION

COLEGIADO N° 01-13094

DOCTORA

KEIDY XIOMARA CHAVARRIA AGUIRRE

Fecha de Graduación: 26-04-2017

Fecha de Inscripción: 10-07-2017

Tipo de Sangre : O(+)

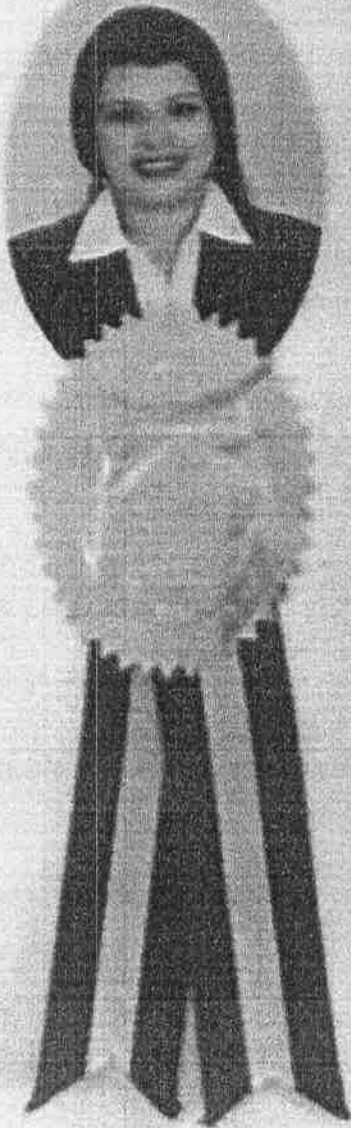
Presidenta

Secretaria



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

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



POR CUANTO Keidy Xiomara Chabarría Aguirre

ha concluido sus estudios en la Facultad de Ciencias Médicas en la Ciudad Universitaria, el recibiendo de ella de sus mil diplomas, y habiendo cumplido todos los requisitos legales.

POR TANTO le confiere el título de Doctora en Medicina y Cirugía

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Soto", Tegucigalpa, el día de noviembre de mil novecientos...

[Signature]
SECRETARÍA GENERAL



[Signature]
RECTOR UN



[Signature]
VICERECTOR UN



CONSTANCIA DE EGRESADO

El suscrito Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, hace constar que: **KEIDY XIOMARA CHAVARRIA AGUIRRE** con cuenta número **20070002680**, ha aprobado **68** asignaturas y **409** unidades valorativas establecidas en el plan de estudios de la **CARRERA DE MEDICINA**, encontrándose en la condición de **EGRESADO**.

Y para los fines que al (la) interesado(a) convengan extendiendo la presente en Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, a los nueve días del mes de mayo de dos mil diecisiete.

DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONOCO
SECRETARIO FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

njn*

"La Educación es la Primera Necesidad de la República"

Universidad Nacional Autónoma de Honduras | Facultad de Ciencias Médicas | Secretaría | Tegucigalpa, H.D.C., 2017



SECRETARIA DE SALUD
CESAMO "JOSE MARIA OCHOA VELASQUEZ"
COMAYAGUA, COMAYAGUA
TEL. 2772-0011



CONSTANCIA

Por medio de la presente se hace constar que la DRA. INF. KEIDY XIOMARA CHAVARRIA AGUIRRE con número de identidad 0303-1988-00424, realizó su Servicio Médico Social Obligatorio en el CESAMO José María Ochoa Velásquez, desempeñándose como MEDICO EN SERVICIO SOCIAL; en la modalidad de APS, en el municipio de Comayagua, Departamento de Comayagua, en el periodo comprendido entre el 14 de marzo de 2016 al 13 de marzo de 2017.

Y para fines que a la interesada estime conveniente se le extiende la presente a los 20 días del mes de marzo de 2017.

Lic. Carla Carolina Hernández

Jefe de CESAMO JMOV





X CONGRESO CIENTÍFICO ASOCEM UNAH Y ENCUENTRO CENTROAMERICANO DE SOCCEM/ ACEMS

El Colegio Médico de Honduras, Centro Nacional de Educación Médica Continua, La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina y la Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de la UNAH (ASOCEM UNAH):

Certifican que:

KEIDY XIOMARA CHAVARRIA AGUIRRE

Ha participado en calidad de:

ASISTENTE

En el marco del "X Congreso Científico de la ASOCEM-UNAH" celebrado en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C., Honduras del 24 al 26 de Noviembre del 2011.

Horas CENEMEC: Diecisiete (17).



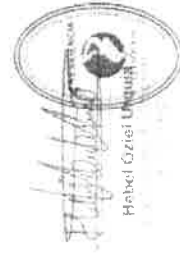
FELSOCIAM



Dra. Johana Bermúdez



Tullio Medina



Habel Ortiz Unzueta



UNAH

Jose Luis Reyes



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD, TRABAJO Y AMBIENTE



PROGRAMA SALUD TRABAJO Y AMBIENTE EN AMÉRICA CENTRAL

OTORGAN CERTIFICADO

A: Keidy Xiomara Chavarría Aguirre

En calidad de: **ASISTENTE**

**I SIMPOSIUM UNIVERSITARIO
 DE SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA DEL TRABAJO**

*En el marco del XI Congreso Nacional de Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional
 Dr. Carlos Espejo Guasco*

Duración 9 horas

Tegucigalpa M.D.C. 8 - 9 de mayo 2014



Dr. Jorge Valle Reconco
 Secretario académico
 FCM / UNAH



Dr. Lino Carmenate Millán
 Coordinador CIDSTA
 Coordinador SALTRA



COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
 CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MÉDICA CONTINUA
 SOCIEDAD HONDUREÑA DE MEDICINA DEL TRABAJO



SECRETARÍA MINISTERIAL DE
 MEDICINA DEL TRABAJO

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO

332824

A: KEIDY XIOMARA CHAVARRIA AGUIRRE

Por su participación en calidad de ASISTENTE

XI CONGRESO HONDUREÑO DE MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD
 OCUPACIONAL "Dr. Carlos Espejo Guasco"

"Atención Primaria en Salud Ocupacional: un camino para una cultura preventiva en Honduras"

21 HORAS GENEMEC

Tegucigalpa MDC, 8 y 9 de Mayo del 2014



Dra. Hilda X. Hernández
 Presidente CENEMET




Dra. Mayra Gómez
 Presidente CENEMET



Dra. Laura Villalobos
 Secretaria SOHMET




Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Sociedad Hondureña de Neurocirugía

Otorgan el Presente Comayagua, 10

CERTIFICADO

A: DR. KEIDY CHARRIA

Por su participación como: ASISTENTE

A la Jornada de Actualización de Neurocirugía.

Comayagua 9 de Septiembre de 2018

Dr. Lenin Velázquez
Presidente Sociedad de Neurocirugía


Dra. Johana Bermúdez
CENEMEC


3.5 Horas CENEMEC
Dr. Jorge Casio
Presidente Sociedad Médica Comayagua


Dra. Matilde Padilla
CENEMEC Comayagua.

Colegio Médico de Honduras

Centro Nacional de Educación Médica Continua
Sociedad Hondureña de Medicina Interna

Otorgan el Presente

CERTIFICADO


A: KEIDY CHAVARRIA

Por su participación como: ASISTENTE

A la Jornada de Actualización de Medicina Interna.


Comayagua 5 de Noviembre 2016.
Dra. Helga Codina
Presidenta de
SOHMI


Dra. Johana Bermudez
CENEMEC


Dr. Jorge Echea
Presidente Sociedad
Médica Comayagua


Comayagua CENEMEC
Dra. Helga Codina
CENEMEC - SOHMI



Colegio Medico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Asociación Hondureña de Endocrinología

Otorgan el Presente

0423231

CERTIFICADO

A: DRA. KEIDY XIOMARA CHAYARRIA

Por su participación como: ASISTENTE

A la Jornada de Actualización de Endocrinología.

Comayagua 22 de Abril 2017

Dra. Cesar Franco
 Presidente Asociación de
 Endocrinología



7.15 Horas (0.25 puntos) CENEMEC
 Dr. Cesar Franco
 Presidente Sociedad Médica
 Comayagua



Colegio Médico de Honduras
 Centro Nacional de Educación Médica Continuo
 Asociación Pediatría Hondureña
 Capítulo Zona Centro



0425679

Otorga el Presente

CERTIFICADO

A: **Dra. Keidy Chavarria Aguirre**
 Por Haber participado como: **Asistente**

En el Taller de Exploración ORL dentro de la V Jornada de Actualización Médica en Pediatría
 Realizada en la ciudad de Comayagua, Comayagua el 19 de mayo del 2017
 CENEMEC 4.0 (CUATRO PUNTO CERO)



Dr. Mario Castillo
 PRESIDENTE
 ASOCIACION PEDIATRÍA HONDUREÑA



Dr. Jairo Caballero
 PRESIDENTE CAPÍTULO ZONA CENTRO



Dra. Johana Bermúdez
 PRESIDENTE CENEMEC

Dra. Juana Vasquez
 COORDINADORA DEL TALLER



Olgoria el Presente

0425695

A: **Dra. Keidy Chavarria Aguirre**

Por Haber participado como: **Asistente**

En la V Jornada de Actualización Médica en Pediatría
Realizada en la ciudad de Comayagua, Comayagua el 19 y 20 de mayo del 2017
CENEMEC 50 (CINCO PUNTO CERO) HORAS



Dr. Mario Castillo

PRESIDENTE
ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA



Dr. Jairo Caballero

PRESIDENTE CÁMPUS ZONA SUR



Dra. Johana Bermúdez

PROFESOR EN JEFE



Hereby Certifies that
**KEYDY XIOMARA CHAVARRIA
AGUIRRE**

has completed the online course

**ICH GOOD CLINICAL
PRACTICE**

with a grade of

94%

23/02/2017

This certificate is awarded to the individual named above for successfully completing the course on the 23/02/2017.



This ICH E-GCP Investigator Site Training meets the minimum Criteria for ICH E-GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training across trial sponsors.

Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number 198547





honourably certifies that

**KEYDY XIOMARA CHAVARRIA
AGUIRRE**

has completed the e-learning course

RESEARCH ETHICS

with a score of

100%

on

23/02/2017

with the understanding that the certificate is not valid if the certificate is not signed by the Global Health Training Centre and the Global Health Network.



Global Health Training Centre
globalhealthtrainingcentre.org/elearning

Certificate Number 198545



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
40-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) ERICK JOSUE CRUZ ESCOBAR** identidad **0301-1991-02762** solvencia municipal No. 275594, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
2. Ser 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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 **24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020.



El Contratante




El Contratado (a)

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 en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 40-A-2020. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.✓


Comayagua, 23 de septiembre, 2020.


ERICK JOSUE CRUZ ESCOBAR

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 40-A-2020. Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, **2020**.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.


ERICK JOSUE CRUZ ESCOBAR

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 40-A-2020**. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.



ERICK JOSUE CRUZ ESCOBAR



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

17 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 **ERICK JOSUE CRUZ ESCOBAR**, quien ha sido seleccionado, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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: Interesador(a)
Cc: Archivo

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

Erick Josue Cruz Escobar

Doctor en Medicina y Cirugía



DATOS GENERALES

Estado Civil: Soltero

N° ID: 0301 1991 02762

Edad: 28 años

N° de colegiación: 10022016807

N° Celular: +504 3327 8891

Residencia: Comayagua, Comayagua; Barrio San Francisco, cuadra y media al norte de IMLI

Correo electrónico: cruiserick@unah.hn

FORMACIÓN

Doctor en Medicina y Cirugía egresado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (2020)

Bachiller en Ciencias y letras / Técnico en Computación: Instituto Marista la Inmaculada (2008-2010)

COMPETENCIAS DE IDIOMAS

Español---Nativo

Inglés-----Básico (A2)

CURSOS RECIBIDOS Y JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN MÉDICA

Resucitación cardiopulmonar, manejo de la vía aérea y primeros auxilios, "Save a life by National Care Health Provider Solution", realizado el 23 de Junio de 2020.

Soporte Vital Cardíaco Avanzado (ACLS), "Save a life by National Care Health Provider Solution", realizado el 22 de Junio de 2020.

Soporte Vital Básico (BLS), "Save a life by National Care Health Provider Solution", realizado el 19 de Junio de 2020.

Simposio Centroamericano y del Caribe "Síndrome Coronario Crónico", área científica de MENARINI (Colegio Médico de Guatemala y Costa Rica), realizado del 15 al 19 de Junio 2020.

Patógenos transmitidos por la sangre, "Save a life by National Care Health Provider Solution", realizado el 13 de Junio de 2020.

Soporte Pediátrico Avanzado (PALS), "Save a life by National Care Health Provider Solution", realizado el 12 de Junio de 2020.

Coronavirus: prevención, detección y manejo, Centro de Educación Médica Continua-Colegio Médico de Honduras, realizado el 12 de Febrero de 2020

El envenenamiento por mordedura de serpiente en Centroamérica: epidemiología, fisiopatología y tratamiento, Centro de Educación Médica Continua del Colegio Médico de Honduras, realizado el 9 de Febrero de 2020

Uso racional de antibióticos, Centro de Educación Médica Continua-Colegio Médico de Honduras, realizado el 5 de Febrero de 2020

EXPERIENCIA

Centro Médico La Esperanza período Abril 2020 / actualidad

Médico asistencial

Municipio de Lamaní, Comayagua

Médico en Servicio Social período Octubre 2019 / Febrero 2020

Servicio social realizado en el Centro Integral en Salud (CIS) Usupum

Municipio de Puerto Lempira en el departamento de Gracias a Dios

Médico en Servicio Social período noviembre 2018 / Julio 2019

Servicio social realizado en el Hospital General Santa Teresa, Comayagua

Médico Interno: Servicios de Cirugía y Medicina Interna

Febrero-Julio 2018

Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán

Médico Interno: Servicios de Pediatría y Ginecobstetricia

Agosto- diciembre 2017

Hospital General Santa Teresa, Comayagua

REFERENCIAS ACADÉMICAS

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Facultad de Ciencias Médicas

Tel. 2216 5100 Ext. 100712

www.fcm.unah.edu.hn-sección

REFERENCIAS PROFESIONALES

LICDA. Marcia Izaguirre

Jefe de Red de Salud Puerto Lempira

Cel. 99767108

LICDA. Yenelli Igoff

Subjefe de Red de Salud Puerto Lempira

Cel. 87942453

Dra. Iris Portillo Gonzáles

Directora de CIS Usupum

Cel. 33579783



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: **Erick Josue
Cruz Escobar**


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


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

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, M.D.C.
el dieciocho de febrero de dos mil veinte.




SECRETARIO (A) GENERAL


DECANO (A) DIRECTOR (A)


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y CIRURGÍA
DECANATO

DECANO (A) DIRECTOR (A)

Nº 4272

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 001 Folio 001 Tomo XIX del Libro respectivo.

Ciudad Universitaria "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, M.D.C., República de Honduras:
dieciocho de febrero de dos mil veinte.



Secretaría General



La Junta Directiva
del Colegio Médico de Honduras

Hace constar que el
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

*Erick Josué Cruz
Escobar*

Es miembro de este Colegio con el registro
de inscripción No.

10022016807

Para los fines de Ley extiende el presente

CERTIFICADO
MÉDICO GENERAL

Tegucigalpa, M.D.C., 06 de mayo de 2020

Presidenta
Dra. Suyapa Figueroa Eguigurems

Secretaria de Colegiaciones
Dra. Gladys Argentina Ordóñez Elvir

0002694

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

El (la) Infrascrito (a) Secretario (a) de Colegiaciones del Colegio Médico de Honduras, hace constar que este Certificado fue registrado bajo el Folio 0002694 del Libro respectivo.

República de Honduras, Tegucigalpa, M.D.C., Colegio Médico de Honduras, seis de mayo de dos mil veinte.





República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

Poeta "Froylán Turcios"

El Director (a) de Instituto "La Inmaculada" de

Comayagua

Departamento

Comayagua

Por Cuanto: Se confiere a
Erick Josué Cruz Escobar

Bachiller en Ciencias y Letras

El Grado de

El día 17 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.



Director (a) del Establecimiento

El (La) Secretario (a) de Instituto "La Inmaculada" deja constancia de haber registrado este Título bajo el N.º 624 Folio 159 del libro N.º 9 el día 18 de noviembre de 2010



Director (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 20575, año 2010. Fecha de aprobación 9 de noviembre de 2010 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º

1.3 Reg. 20575 Folio 640

Lugar y Fecha Comayagua de noviembre de 2010



Secretaria (a) Dirección Deptal. de Educación

Por Junto:

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 Legislación 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 dieciocho del mes de noviembre de dos mil diez

Director (a) Departamental de Educación

0069308



- 3 NOV. 2010



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

Poeta "Froplán Turcios"

El Director (a) de Instituto "La Inmaculada" de Comayagua Departamento Comayagua

Por Cuanto: Le confiere a
Erick Josué Cruz Escobar

El Grado de Técnico en Computación

El día 17 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 "La Inmaculada" deja constancia de haber registrado este Título bajo el N.º 25 Folio 8 del libro N.º 10 el día 18 de noviembre de 2010

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 20537 Año 2010 Fecha de aprobación 4 de noviembre de 2010 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º

1.3 Reg. 20537 Folio 639
Lugar y Fecha Comayagua 18 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 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:

Técnico en Computación

Para que sea habido y tenido por tal y goce de los derechos que le corresponden
Dado en Comayagua el día dieciocho del mes de noviembre de dos mil diez

Director(a) Departamental de Educación

0069180

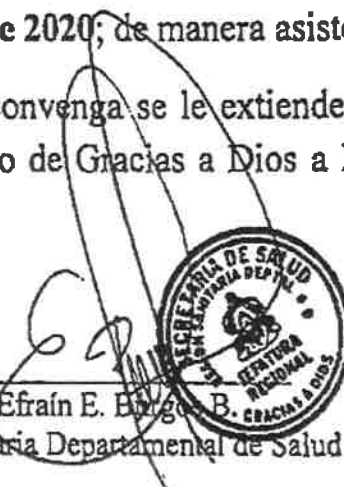


- 3 NOV. 2010


CONSTANCIA

El suscrito Jefe de la Región Departamental de Salud N°09 perteneciente al departamento de Gracias a Dios, sede en el municipio de Puerto Lempira, por medio de la presente **HACE CONSTAR QUE:** EL Dr. Inf. ERICK JOSUE CRUZ ESCOBAR, con número de identidad 0301-1991-02762, culminó su servicio médico social obligatorio en el CIS USUPUM perteneciente al municipio de Puerto Lempira, en el período comprendido del 22 de Octubre de 2019 al 11 de Febrero de 2020; de manera asistencial.


Y para los fines que el interesado (a) convenga se le extiende la presente constancia en la ciudad de Puerto Lempira, departamento de Gracias a Dios a los 24 días del mes de enero 2020.


Dr. Efraín E. Borja B.
Jefe Región Sanitaria Departamental de Salud N°09






Elic. Marcia Izaguirre
Jefe Municipal de Salud Puerto Lempira




Dra. Iris Cortillo
Director(a) del CIS USUPUM




Dra. Cartagena
Delegación del Colegio Médico de Honduras Sede Gracias a Dios


Tec. Adelia Arias Quant
Jefe de Personal RSN N°09



CONSTANCIA

Sírvase la presente para hacer constar que: el Dr. Inf. **ERICK JOSUE CRUZ ESCOBAR**, con número de identidad 0301-1991-02762 finalizó su servicio social obligatorio en el CIS Usupum, en el municipio de Puerto Lempira, departamento de Gracias a Dios, durante el periodo del 22 de Octubre de 2019 al 11 de Febrero de 2020, cumpliendo con las siguientes competencias y funciones:

- Programa Amplio de Inmunizaciones
- Infecciones Respiratorias Agudas
- Control de enfermedades diarreicas agudas
- Control de enfermedades de transmisión sexual
- Control del paciente serología VIH +
- Control de enfermedades transmitidas por helmintos
- Apoyo al programa nacional de Malaria
- Apoyo al programa de lucha contra la Tuberculosis
- Identificación oportuna de Leishmaniasis
- Control vectorial
- Apoyo y gestión del paciente con Dengue
- Programa de atención a la mujer en edad reproductiva
- Programa de atención a la mujer embarazada
- Programa de atención al adolescente
- Programa adulto mayor
- Programa de enfermedades crónicas no transmisibles
- Programa Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
- Atención de consulta general y emergencias
- Lucha para la erradicación de la desnutrición en el paciente pediátrico
- Programa para la defensa de los pueblos indígenas y afrodescendientes de zonas postergadas de la costa norte Hondureña
- Campaña proyector piloto para la erradicación de la Hepatitis A
- Programa para la vacunación contra el VPH
- Cirugía menor ambulatoria

Y para los fines que el interesado convenga, se extiende la presente constancia, en la ciudad de Puerto Lempira, a los 24 días de mes de enero de 2020.

Por 
Lic. Marcia Izaguirre
Jefe Municipal de Salud Puerto Lempira




Dra. Iris Fortillo
Director(a) del CIS



CONSTANCIA

El suscrito Director Ejecutivo Por Ley del Hospital General "Santa Teresa" de esta ciudad de Comayagua por medio de la presente **HACE CONSTAR QUE:**

El Dr. Inf. **ERICK JOSUÉ CRUZ ESCOBAR**, con número de identidad 0301-1991-02762, realizó su Servicio Social obligatorio en este centro asistencial en el periodo comprendido del 22 de noviembre de 2018 al 31 de Julio de 2019, realizando guardias nocturnas y rotación por las diferentes salas.

Y para los fines que se estimen convenientes se le extiende la presente en la ciudad de Comayagua a los siete días del mes de octubre del año dos mil diecinueve.


Dr. Luis Alonso Aguilar
Director Ejecutivo per-Ley



c. archivo

Save a Life™
**CPR, AED
& First Aid** Infant, Child
and Adult



Erick Josue Cruz Escobar

This card certifies that the individual listed above has successfully completed the evaluations in accordance with the curriculum of Save a Life Certifications™ by National Health Care Provider Solutions (NHCPS) CPR, AED and First Aid program and adheres to the latest ILCOR Standards and Guidelines and are Joint Commission (JCAHO) compliant.

Jun 23, 2020

Jun 23, 2022

Issue Date

Recommended Renewal Date

Training Organization **National Health Care Provider Solutions**
TO Info **Las Vegas, NV 89104 (888) 688-3545**

Instructor Name **Karl F. Disque D.O. RPH**

Instructor Signature *Karl Disque DO RPH*

Holder's Signature

2020 National Health Care Provider Solutions™

02-2020



Continuing Education Certificate

Erick Josue Cruz Escobar

**has successfully completed the Save a Life
CPR, AED and First Aid Certification Course.**

administered by

National Health Care Provider Solutions

and is awarded

6 Category 2 CME Credits

Jun 23, 2020

Date completed

Karl Disque DO RPH

Karl F. Disque D.O. RPH of National Health Care Provider Solutions

This certificate certifies that the individual listed above has successfully completed the evaluations in accordance with the curriculum of Save a Life Certifications™ by National Health Care Provider Solutions (NHCPS) CPR, AED and First Aid program and adheres to the latest ILCOR Standards and Guidelines and are Joint Commission (JCAHO) compliant. And based on work completed is awarded 6 category 2 continuing medical education credits.

ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT

Save a Life™
**ACLS
Provider**



Erick Josue Cruz Escobar

This card certifies that the individual listed above has successfully completed the evaluations in accordance with the curriculum of Save a Life Certifications™ by National Health Care Provider Solutions (NHCPs) Advanced Cardiac Life Support (ACLS) program and adheres to the latest ILCOR Standards and Guidelines and are Joint Commission (JCAHO) compliant.

Jun 22, 2020

Issue Date

Jun 22, 2022

Recommended Renewal Date

ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT

Training Organization **National Health Care Provider Solutions**

TO Info **Las Vegas, NV 89104 (888) 688-3545**

Instructor Name **Karl F. Disque D.O. RPH**

Instructor Signature *Karl Disque DO RPH*

Holder's Signature

2020 National Health Care Provider Solutions™

02-2020



Postgraduate Institute
for Medicine
Postgraduate Institute for Medical Education

CERTIFICATE OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION

CATEGORY 1 CREDIT

The Postgraduate Institute for Medicine certifies that

Erick Josue Cruz Escobar

has participated in the enduring material activity titled

NHCPs ACLS Certification Course

on 06/22/2020 and is awarded

8.00 AMA PRA Category 1 Credit(s)™

The Postgraduate Institute for Medicine is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) to provide continuing medical education for physicians.



JOINT ACCREDITATION
ACCREDITED BY ACCME, ACPE, AND ANCC

In support of improving patient care, Postgraduate Institute for Medicine is jointly accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME), the Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE), and the American Nurses Credentialing Center (ANCC), to provide continuing education for the healthcare team.

Trace Hutchison, PharmD

Trace Hutchison, PharmD
Director of Medical Education
Postgraduate Institute for Medicine

Postgraduate Institute for Medicine | 304 Inverness Way South | Suite 100 Englewood | CO 80112
(303) 797-1700 | (303) 651-5846 - Fax

BASIC LIFE SUPPORT

BASIC LIFE SUPPORT

Save a Life™
**BLS
Provider**



Erick Josue Cruz Escobar

This card certifies that the individual listed above has successfully completed the evaluations in accordance with the curriculum of Save a Life Certifications™ by National Health Care Provider Solutions (NHCPs) Basic Life Support (BLS) program and adheres to the latest ILCOR Standards and Guidelines and are Joint Commission (JCAHO) compliant.

Jun 19, 2020

Jun 19, 2022

Issue Date

Recommended Renewal Date

Training Organization **National Health Care Provider Solutions**

TO Info **Las Vegas, NV 89104 (888) 688-3545**

Instructor Name **Karl F. Disque D.O. RPh**

Instructor Signature *Karl Disque DO RPH*

Holder's Signature

2020 National Health Care Provider Solutions™

02-2020



Postgraduate Institute
for Medicine
Professional Institute of Medical Education

CERTIFICATE OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION

CATEGORY 1 CREDIT

The Postgraduate Institute for Medicine certifies that

Erick Josue Cruz Escobar

has participated in the enduring material activity titled

NHCPs BLS Certification Course

on 06/19/2020 and is awarded

4.00 AMA PRA Category 1 Credit(s)™

The Postgraduate Institute for Medicine is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) to provide continuing medical education for physicians.



JOINT ACCREDITATION
INTERPROFESSIONAL CONTINUING EDUCATION

In support of improving patient care, Postgraduate Institute for Medicine is jointly accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME), the Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE), and the American Nurses Credentialing Center (ANCC), to provide continuing education for the healthcare team.

Trace Hutchison, PharmD

Trace Hutchison, PharmD
Director of Medical Education
Postgraduate Institute for Medicine

Postgraduate Institute for Medicine 304 Inverness Way South Suite 100 Englewood CO 80112
(303) 799-1930 (303) 858-8848 - Fax



SIMPOSIUM CENTROAMERICANO
Y DEL CARIBE DE

SÍNDROME CORÓNARIO CRÓNICO

CERTIFICA A:

Dr Erick Gasue Cruz Escobar

POR SU PARTICIPACIÓN COMO:

Asistente

15 AL 19 DE JUNIO 2020

H. Londoño

DR. JOSÉ LÓPEZ-SENDÓN
Director Científico del Simposium

Mauricio Varela

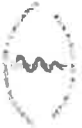
DR. MAURICIO VARELA
Director Científico del Simposium

**10 HORAS
CREDITO**

Actividad Aprobada y Recertificada por la Dirección Científica Docente del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica con:
8 (ocho) Créditos de Recertificación Médica y
7.5 (siete punto cinco) Horas Efectivas de Acreditamiento



COLEGIO DE MÉDICOS Y
CIRUJANOS DE COSTA RICA



MINISTERIO DE SALUD
DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

ORGANIZADO Y PATROCINADO POR:





Bloodborne Pathogens Completion Certificate

Erick Josue Cruz Escobar

**has successfully completed the Save a Life
Bloodborne Pathogens Course.**

administered by

National Health Care Provider Solutions

and is awarded

3 Category 2 CME Credits

Jun 13, 2021

Expiration Date

Certification is valid for 1 year.

Karl Disque D.O. RPH

Karl E. Disque D.O. RPH of National Health Care Provider Solutions

Year facilities may require on-site training specific to your employers exposure control plan to complete the mandated bloodborne pathogens training for your workplace. Annual on-work completed is awarded 3 category 2 continuing medical education credits.

PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT

Save a Life™
PALS
Provider



Erick Josue Cruz Escobar

This card certifies that the individual listed above has successfully completed the evaluations in accordance with the curriculum of Save a Life Certifications™ by National Health Care Provider Solutions (NHCPS) Pediatric Advanced Life Support (PALS) program and adheres to the latest ILCOR Standards and Guidelines and are Joint Commission (JCAHO) compliant.

Jun 12, 2020

Jun 12, 2022

Issue Date

Recommended Renewal Date

PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT

Training Organization **National Health Care Provider Solutions**

TO Info **Las Vegas, NV 89104 (888) 688-3545**

Instructor Name **Karl F. Disque D.O. RPH**

Instructor Signature *Karl Disque D.O. RPH*

Holder's Signature

2020 National Health Care Provider Solutions™

02-2020



Postgraduate Institute
for Medicine
Professional Excellence in Medical Education

CERTIFICATE OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION

CATEGORY 1 CREDIT

The Postgraduate Institute for Medicine certifies that

Erick Josue Cruz Escobar

has participated in the enduring material activity titled

NHCPS PALS Certification Course

on 06/12/2020 and is awarded

8.00 AMA PRA Category 1 Credit(s)™

The Postgraduate Institute for Medicine is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) to provide continuing medical education for physicians.



JOINT ACCREDITATION
ACCME | ACPE | ANCC

In support of improving patient care, Postgraduate Institute for Medicine is jointly accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME), the Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE), and the American Nurses Credentialing Center (ANCC), to provide continuing education for the healthcare team.

Trace Hutchison, PharmD

Trace Hutchison, PharmD
Director of Medical Education
Postgraduate Institute for Medicine

Postgraduate Institute for Medicine 304 Inverness Way South Suite 100 Englewood CO 80112
(303) 799-1930 (303) 858-8848 - Fax



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)
SOCIEDAD HONDUREÑA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

524402

A:
Erick Josue Cruz Escobar

**Por su participación como Asistente en la
Jornada de “Uso Racional de Antibióticos”**

Tegucigalpa, M.D.C., 05 de febrero del 2020

Acreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos



DRA. SUYAPA MARIA FIGUEROA
Presidenta CMH



DRA. FANNY NAVAS LEON **DR. MARCO TULIO LUQUE**
Presidenta de CENEMEC Presidente SHEI

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

ERICK JOSUE / CRUZ ESCOBAR




HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL 13 NOVIEMBRE 1991
SEXO: MASCULINO
EMITIDA EL 12 AGOSTO 2011

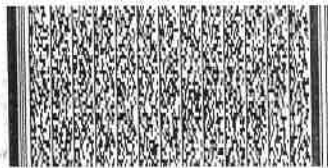
0301-1991-02762



13143065-02

ARTÍCULO 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

ERICK JOSUE / CRUZ ESCOBAR

0301-1991-02762



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275594

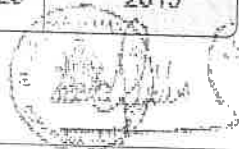
Nº 000275595

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
ERICK JOSUE CRUZ ESCOBAR
0301-1991-02762

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
18/08/20	31/12/2020	2019

Valor Pag. 23.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE



FORMULADOS S.A. R.L. R.C. 1991-02762. TEL: 2271-4921. FAX: 2271-4921. C.A. 2271-4921. R.C. 2271-4921. R.C. 2271-4921.

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.
41-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) ROSIBEL ESCOBAR BARAHONA** identidad **0319-1986-00414** solvencia municipal No. 275605, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental "León Alvarado"**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdos a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 ~~24 de agosto, 2020~~ finalizando, ~~23 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 24 días de agosto de 2020.


El Contratante


El Contratado (a)

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 en el **Triaje** ubicado en el instituto "León Alvarado" en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 41-A-2020**. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020. ✓

Comayagua, 23 de septiembre, 2020. ✓



ROSIBEL ESCOBAR BARAHONA

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 41-A-2020**. Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.


ROSIBEL ESCOBAR BARAHONA

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 41-A-2020**.. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.



ROSIBEL ESCOBAR BARAHONA



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

19 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 en Medicina General **ROSIBEL ESCOBAR BARAHONA**, quien ha sido seleccionada, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Rosibel E.

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

CURRICULUM VITAE

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE: Rosibel Escobar Barahona

FECHA DE NACIMIENTO: 2 de diciembre de 1986

LUGAR DE NACIMIENTO: Villa de San Antonio, Comayagua, Honduras

ESTADO CIVIL:

Soltera

NUMERO DE IDENTIDAD: 0319-1986-00414

DIRECCION ACTUAL:

Villa de San Antonio, Comayagua

CELULAR:

3390-9071

CORREO ELECTRONICO: belesba700@gmail.com

II.

EDUCACIÓN PRIMARIA:

Escuela Mercedes Rojas (1992-1997)

EDUCACIÓN SECUNDARIA:

Instituto superación del Valle (1998-2000)

DIVERSIFICADO:

Instituto León Alvarado (2001-2002)

TÍTULO OBTENIDO:

Bachillerato en Ciencias Y Letras (2001-2002)

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA:

Título obtenido en la universidad Nacional autónoma de Honduras (UNAH) 2017

II. EDUCACIÓN PRIMARIA:

Escuela Mercedes Rojas (1992-1997)

EDUCACIÓN SECUNDARIA:

Instituto superación del Valle (1998-2000)

DIVERSIFICADO:

Instituto León Alvarado (2001-2002)

TITULO OBTENIDO:

Bachillerato en Ciencias Y Letras (2001-2002)

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA:

Título obtenido en la universidad Nacional autónoma de Honduras (UNAH) 2017

III. CURSOS RECIBIDOS

- Congreso científico nacional: Enfermedades emergentes y reemergentes: del 8 al 10 de agosto del 2016
- E-Learning Course RESEARCH ETHICS por THE GLOBAL HEALTH NETWORK 23 de octubre del 2016
- Curso de RCP avanzado noviembre 2015
- CONE 2016
- Actualización en lactancia materna.
- otros.....

IV. RECONOCIMIENTOS:

- Reconocimientos de las, FFAA. por medio del C.E.D.A.C.E por participación en brigadas médicas en el departamento de Comayagua

V. Experiencia Laboral:

HRSC / CESAMO, LA GRANJA, 2017, destacando me en diferentes áreas.
UNIDAD PROVISIONAL DE DENGUE, COPECO, LA PAZ, 2019.


REPUBLICA DE HONDURAS
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
 TARJETA DE IDENTIDAD

ROSEL ESCOBAR BARRERA



IDENTIFICACION Y REGISTRO NACIONAL
ROSEL ESCOBAR BARRERA
REG. IDENTIFICACION
IDENTIFICACION NACIONAL



0319-1986-00414


ARTÍCULO 51 DE LA LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: DE LOS PERSONAS IDENTIFICADAS
 DEBERÁN PODER IDENTIFICARSE EN LA IDENTIFICACION NACIONAL DE PERSONAS IDENTIFICADAS EN LA
 IDENTIFICACION NACIONAL DE PERSONAS IDENTIFICADAS EN LA IDENTIFICACION NACIONAL DE PERSONAS IDENTIFICADAS




IDENTIFICACION NACIONAL
ROSEL ESCOBAR BARRERA
0319-1986-00414



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

RTN: 03191986004144

ROSIBEL ESCOBAR BARAHONA

Nombre o Razón Social

Inscripciones	
Ventas - Servicio	Productores Importadores de Cigarrillos
Importador	Productor Alcoholes Licorosos
Exportador	Distribuidor Alcoholes Licorosos
Importador	Importador Alcoholes Licorosos
Financiamiento	

Fecha de Emisión: 20180109

Base Legal: Art. 17, 2 y 3 del Decreto No. 102 del 4 de Enero de 1974, reformado mediante el Decreto No. 262 del 15 de Agosto de 2001, y el Decreto No. 27 del 14 de Mayo de 2002; Decreto No. 10 del 20 de Agosto de 2003, y el Decreto No. 27 del 14 de Mayo de 2002; Ley No. 184 del 27 de Agosto de 1973, reformada por la Ley No. 185 del 15 de Agosto de 1973 publicada en el Diario Oficial la Gaceta No. 20207 y la Ley No. 186 del 15 de Agosto de 1973 publicada en el Diario Oficial la Gaceta No. 20207 y la Ley No. 187 del 15 de Agosto de 1973 publicada en el Diario Oficial la Gaceta No. 20207.

[Signature]



Ministro Director

Dir. Ejecutiva de Ingresos

Este Comprobante nacional es válido en el territorio de Honduras y en el extranjero si el RTN, número de emisión, el número de este Comprobante Nacional con sus inscripciones coinciden en cualquier momento.

Número de Documento DGI-412-1785219

Telefonos: 2222-4477

Laboratorio de Análisis Clínicos CLINILAB



COMAYAGUA D.D.

Nombre: Rosibel Escobar Barahona

Exámen:

VDRL
NO REACTIVO

Resultado:

Fecha:

04/04/16

FIRMA





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: **Rosibel
Escobar Barahona**

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

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

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, H.D.C.
el veintifour de junio de dos mil diecisiete.



[Signature]

SECRETARIO (A) GENERAL



[Signature]

RECTOR (A)



[Signature]

DECANO (A) ó DIRECTOR (A)



UNAH-VS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
VALLE DE SULA

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS VALLE DE SULA



OTORGAN EL PRESENTE **CERTIFICADO A:**

DRA. ROSIBEL ESCOBAR BARAHONA

POR SER ASISTENTE AL

X CONGRESO POSTGRADOS
GINECOLOGÍA · OBSTETRICIA · PEDIATRIA

04189560

"DR. SECUNDINO RIVERA RIVERA"

SAN PEDRO SULA, HONDURAS 22, 23 Y 24 DE NOVIEMBRE DE 2017
1 PUNTO ORO CENEMEC (20:30 HORAS)



JOHANA BERMUDEZ
PRESIDENCIA CENEMEC



DR. JOSÉ RAÚL ARITA
DIRECTOR ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD EUCS UNAH-VS

REPÚBLICA DE HONDURAS

PODER JUDICIAL

CONSTANCIA

TRABAJO

EMITIDA: 22/07/2020 EN: COMAYAGUA, COMAYAGUA



No. 780578

VALOR: L. 150.00

NOMBRES: ROSIBEL

APELLIDOS: ESCOBAR BARAHONA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0319198600414

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 02/12/1986

DOMICILIO: BARRIO SAN ANTONIO, MUNICIPIO VILLA DE SAN ANTONIO, DEPARTAMENTO COMAYAGUA, HONDURAS, CENTRO AMERICA.

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 *

EXAMINAR A LA ENTREGA DE ESTE DOCUMENTO, VERIFICAR EN LOS SIGUIENTES MEDIOS DE SEGURIDAD:
* TIPO DE SEGURIDAD CON MARCA DE POLY, VERIFICABLE A CONTRA LUZ AZUL O UNA LAMPARILLA DE FRECUENCIA DE 3000 HERTZ.
* ALGUNOS SON EN FORMA DE VOUCHER, VERIFICABLES CON UN LÁMPARA DE FRECUENCIA DE 3000 HERTZ.
* MARCA DE SEGURIDAD EN LAS DOS PARTES DE LA CONSTANCIA CON ESTILOS DE SEGURIDAD ULTRA VIOLETA.





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



Otorga en presente CERTIFICADO 0463417

A: DRA. ROSIBEL ESCOBAR BARAHONA

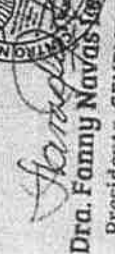
**Por su participación como ASISTENTE en la Jornada de
Actualización en Epidemiología, Manejo y Prevención de la Influenza.**

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

ACREDITACIÓN GENEMEC 0.25 PUNTOS


Dra. Suyapa Figueroa
Presidenta CMH




Dra. Fanny Navas
Presidenta GENEMEC


Dr. Marco Tulio Luque
Presidente SHEI



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA (CENEMEC)

ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO

Organizan el Presente

CERTIFICADO

0100749

A:

Dra. Rosibel Escobar Barahona

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



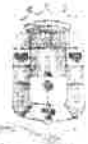
DR. OLGA VARGAS HERRERA
Presidenta

DR. FABIAN ESCOBAR
Presidente

DR. JUAN PÉREZ
Presidente

DR. ROSEL MORA
Presidente





MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES.

Nº 000275608

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
ROSIBEL ESCOBAR BARAHONA
0619 1386 00411

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
19/08/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 23.60

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE _____



FORMULARIO ESTACION 5.4. ANO PATRONOMIA 1111. 2019-01-22 11:54 AM. ALCALDE DEL MUNICIPIO DE COMAYAGUA

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 FUERA RESULTAR DEL EXAMEN DE SUS DECLARACIONES.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
42-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) PATRICIA ALEJANDRA CHAVARRIA DERAS** identidad **01804-1986-04149** solvencia municipal No. 2267434, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdos a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 **24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado (a)

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 en el Triaje ubicado en el instituto "León Alvarado" en la emergencia COVID-19, según contrato No. 42-A-2020. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.



PATRICIA ALEJANDRA CHAVARRIA DERAS

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 42-A-2020. Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, 2020.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.



PATRICIA ALEJANDRA CHAVARRIA DERAS

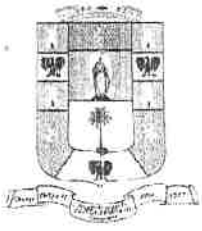
RECIBO POR L. 29,337.63

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 en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 42-A-2020. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, 2020.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.



PATRICIA ALEJANDRA CHAVARRIA DERAS



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: comavaguajc@yahoo.com / municipalidad@amcomayagua.com

Sitio web: www.comayagua.gub.hn

17 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 **PATRICIA ALEJANDRA CHAVARRIA DERAS**, quien ha sido seleccionada, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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

Hoja de Vida



Datos Personales

Nombre: Patricia Alejandra Chavarria Deras.

Fecha de Nacimiento: 26 de septiembre de 1986.

Nacionalidad: Hondureña.

Dirección: Barrios Los Lirios, Comayagua, Comayagua.

Tipo de Sangre: A+.

Número de Identidad: 1804-1986-04149.

RTN: 1804-1986-041493.

Número de Colegiación Médica: 13812.

Estado Civil: Casada.

Teléfono Móvil: +504 95580737

Correo Electrónico: alejandraderas12@gmail.com

Objetivo Profesional

Realizar profesionalmente un trabajo ético y eficiente orientado a las exigencias y expectativas que el sistema de salud de nuestro país estime convenientes y así poder introducir nuevas técnicas para el desarrollo de cualquier centro asistencial, y de esta manera lograr una atención sólida y eficaz.

Participar en las diferentes actividades brindadas por cualquier centro asistencial, logrando aportar mis virtudes y habilidades para crear un crecimiento mutuo entre mi persona y el sistema de salud.

Formación Académica

Nivel Superior 2018: Dra en Medicina y Cirugía

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Nivel secundario 2003: Bachiller en Ciencias y Letras

Instituto San José, El Progreso, Yoro

Nivel básico 1998: Escuela José Trinidad Cabañas, El Progreso, Yoro

Experiencia Profesional

2016-2017: Unidad De Atención Primaria de Salud (UAPS) Agua Blanca, Sur, El Progreso, Yoro.

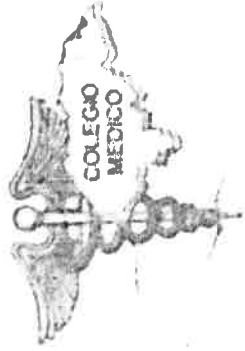
2015-2016: Internado Rotatorio Hospital General Santa Teresa, Comayagua.

Habilidades y destrezas.

- Manejo de MICROSOFT OFFICE (Word, Excel, Power point, Access, Publisher, outlook)
- Agilidad en la toma de decisiones.
- Excelente relaciones interpersonales.
- Fácil manejo de personal y charlas de motivación.
- Desarrollo de historias clínicas.
- Destreza en toma de decisiones y trabajo bajo presión.
- Fácil desarrollo de Diagnósticos y tratamientos clínicos.

Reconocimientos Recibidos

- Brigada Medica en Centro Medico Quirúrgico San Jose en la ciudad de Comayagua Marzo 2015.
- Brigada Medica Fuerza Aerea de Honduras en Municipio de Ajuterique, Comayagua Febrero 2016.
- Curso Etica Medica I brindado en Colegio Médico de Honduras año 2016
- Curso Etica Medica II brindado en Colegio Médico de Honduras año 2017.
- Jornada Actualización sobre Influenza brindado en Colegio Médico de Honduras, sede Comayagua año 2018.



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras
CERTIFICA QUE



PATRICIA ALEJANDRA CHAVARRIA DERAS

Es miembro de este Colegio con registro de inscripción
01021813812

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

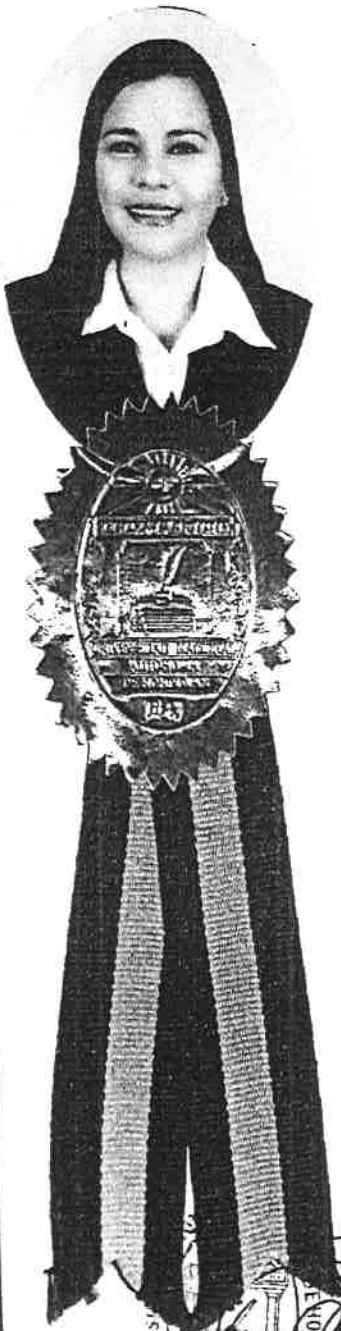
Dra. Gladys Argentina Ordóñez Elvir





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: **Patricia Alejandra Chabarría Deras**

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

POR TANTO: le extiende el título de **Doctora en Medicina y Cirugía**

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



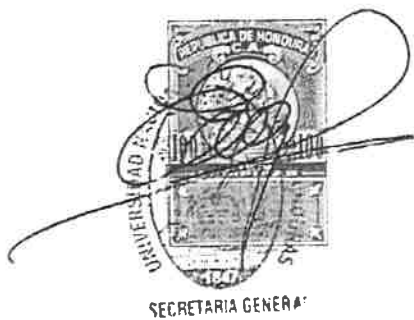
SECRETARIO (A) GENERAL
SECRETARIA GENERAL

Nº 43611

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 036. Folio 004. Tomo XIX del Libro respectivo.

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





REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

PATRICIA ALEJANDRA / CHAVARRIA DERAS



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 26 SEPTIEMBRE 1986
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL 11 MAYO 2006



1804-1986-04149

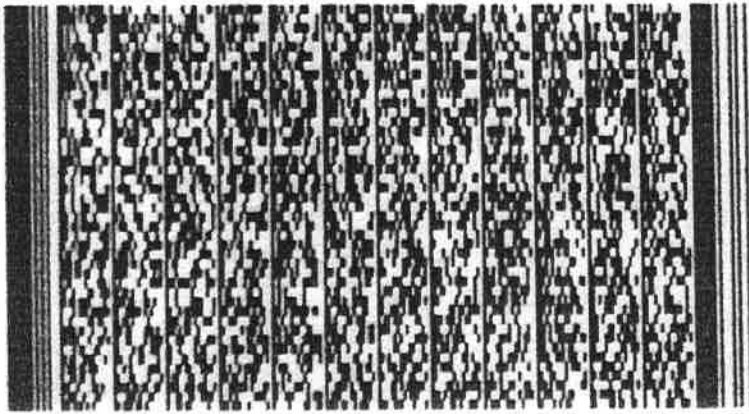


11319050-01

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 1804

PATRICIA ALEJANDRA / CHAVARRIA DERAS

1804-1986-04149



GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DE HONDURAS

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
COMISIONADA PRESIDENCIAL
ADMINISTRACION TRIBUTARIA

Registro Tributario Nacional

RTN: 18041986041493

Fecha de Emisión: 20160810

PATRICIA ALEJANDRA CHAVARRIA DERAS

Nombre o Razón 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, 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. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20980 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973

Patricia Alejandra Chavarría Deras
COMISIONADA PRESIDENCIAL

ADMINISTRACION TRIBUTARIA



Comisionada Presidencial

Jefe de Departamento Asistencia al
Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la CPAT cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento CPAT-412- 2331211

Transacción: 29C33C



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. **267434**
Nº 000267434

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE
PATRICIA ALEJANDRA CHAVARRIA
1504-1986-04149

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
22/11/20	31/12/ 2020	2019

Valor Pag. 20.00

FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE



IMPRESORA COMAYAGUA S.A. TEL. 22454545 FAX. 22454545

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
43-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) SINDY ALJANDRA CRUZ PADILLA** identidad **0301-1989-03443** solvencia municipal No. 275577, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
2. Ser 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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020 ✓



El Contratante



El Contratado (a)

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 en el Triaje ubicado en el instituto "León Alvarado" en la emergencia COVID-19, según contrato No. 43-A-2020 Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.



SINDY ALJANDRA CRUZ PADILLA

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 en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 43-A-2020. Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, **2020**.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.



SINDY ALJANDRA CRUZ PADILLA

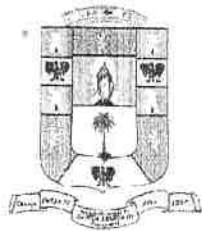
RECIBO POR L. 29,337.63

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 en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 43-A-2020**. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.



SINDY ALJANDRA CRUZ 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.municipalidad.com

17 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 **SINDY ALEJANDRA CRUZ PADILLA**, quien ha sido seleccionada, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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: Mery Yolany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud. Red 1 Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo



**Sindy Alejandra Cruz
Padilla**
Médico General

Dra. En Medicina y cirugía responsable,
solidaria, comprometida profesionalmente.

Chindycruz7@gmail.com
98991047

Dirección: Barrio San Francisco,
Comayagua.

Idioma

Español Nativo Inglés Segunda lengua

Software

Microsoft Word y Power point.

Experiencia

Hospital General Santa Teresa (Mayo 2017- abril 2019)
Título del puesto

Médico Interno (Mayo 2017- abril 2018)

Médico en servicio Social (noviembre 2018 – noviembre 2019)

Centro Medico San Rafael (2020)
Título del puesto

Médico general asistencial.

Formación

Educación Primaria
Escuela Bilingüe Honduras

Educación Secundaria
Escuela Bilingüe Honduras

Título obtenido: Bachiller en Ciencias y Letras

Educación Superior
Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Título Obtenido : Doctora en Medicina y Cirugía

Cursos

- Uso Racional de antibióticos – Centro de Educación Médica Continua (CENEMEC).
- Curso virtual en control integral de Cáncer Cervicouterino – Organización panamericana de la Salud (OPS) Abril 2019.
- Cuidados obstétricos Nacionales Esenciales (CONE) – Hospital General Santa Teresa. Noviembre 2019
- Curso de Ética 1 - colegio Médico de Honduras (CMH).
- Curso de Ética 2 - colegio Médico de Honduras (CMH).

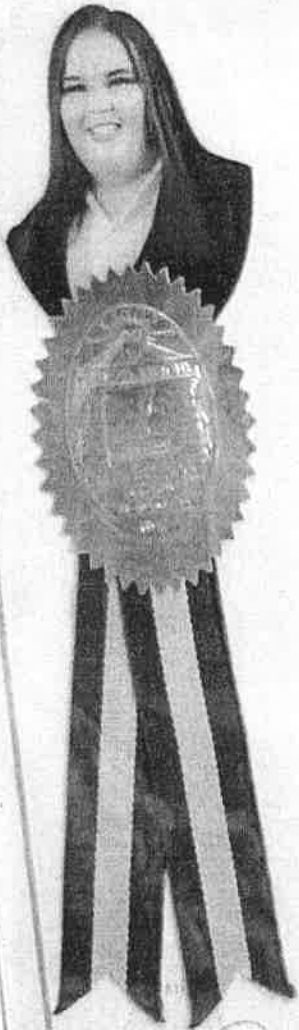
Jornadas de Actualización

- Actualización en Medicina Interna – Noviembre 2018
- Jornada de actualización sobre Dengue – Centro de Educación Médica Continua (CENEMEC) junio del 2019
- Curso de Actualización en Ortopedia - colegio Médico de Honduras (CMH).



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 **Sindy Alejandra Cruz Padilla**

ha concluido sus estudios en la Facultad de Ciencias Médicas en la Ciudad Universitaria, el veinte de diciembre de dos mil diecinueve, y habiendo cumplido todos los requisitos legales.

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

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Cecilio Heredia", Tegucigalpa, H. D. C. el veintidos de enero de dos mil veinte.


SECRETARÍA (A) GENERAL


RECTOR (A)


DECANO (A) Y DIRECTOR (A)



La Junta Directiva
del Colegio Médico de Honduras

Hace constar que la
DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

*Sindy Alejandra Cruz
Padilla*



Es miembro de este Colegio con el registro
de inscripción No.

20121916741

Para los fines de Ley extiende el presente

CERTIFICADO
MÉDICO GENERAL

Tegucigalpa, M.D.C., 11 de marzo de 2020

Presidenta
Dra. Suyapa Figueroa Eguigurems

Secretaria de Colegiaciones
Dra. Gladys Argentina Ordóñez Elvir

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

SINDY ALEJANDRA / CRUZ PADILLA



HONDUREÑA POR : NACIMIENTO
NACIÓ EL : 07 DICIEMBRE 1989
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 15 SEPTIEMBRE 2017



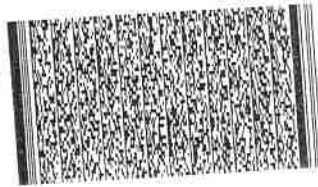
0301-1989-03443



10788647-02

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

SINDY ALEJANDRA / CRUZ PADILLA

0301-1989-03443

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
44-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) OLMAN ELIEZER SILVA RIOS** identidad **0301-1991-00106** solvencia municipal No. 275607, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
2. Ser 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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020 ✓


El Contratante


El Contratado (a)

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 en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 44-A-2020 Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020.

Comayagua, 23 de septiembre, 2020.



OLMAN ELIEZER SILVA RIOS

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 44-A-2020. Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, **2020**.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.

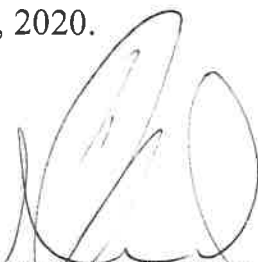


OLMAN ELIEZER SILVA RIOS

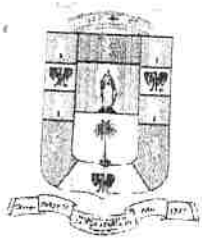
RECIBO POR L. 29,337.63

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 44-A-2020**. Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.



OLMAN ELIEZER SILVA RIOS



Alcaldía Municipal

COMAYAGUA, HONDURAS, C.A.

Tels: (504)2772-0159, 2772-0258, 2772-1586, 2772-1587, 2772-1589, 2772-2028

Fax: (504) 2772-1590

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

Sitio web: www.amcomayagua.com

17 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 **OLMAN ELIEZER SILVA RIOS**, quien ha sido seleccionado, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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 Yolaní Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red I Comayagua
Cc: Interesado(a)
Cc: Archivo

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras



OLMAN ELIEZER SILVA RIOS

INFORMACION PERSONAL:

Fecha de nacimiento: 28 de Diciembre de 1990.

Nacionalidad: Hondureña.

Lugar de nacimiento: Comayagua, Comayagua.

Estado civil: Soltero.

Edad: 29 años

Dirección: Col. Brisas del Humuya Etapa I, Bloque H, Casa #6, Comayagua, Comayagua.

PERFIL

Desempeñarme con éxito en mis labores, con actitud y responsabilidad, aplicando el conocimiento adquirido en los años de estudio y práctica; considerando el imprescindible propósito de ayudar.

CONTACTO

TELÉFONO

CELULAR:

9881-52-23

TELEFONO

DE CASA:

2772-29-23

CORREO ELECTRÓNICO:

silvaolman1990@gmail.com

olmansilva@hotmail.com

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS.(CMH)

NUMERO DE COLEGIACIÓN: 13269

IDIOMAS

1. Español (Lengua Nativa)

APLICACIONES DE COMPUTACIÓN

Curso: Office Básico 2016, (Word, Excel, Power Point.) Internet.

FORMACION ACADÉMICA:

-Doctor en Medicina y Cirugía General en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.(UNAH)

Fecha de Graduación: 8 de Junio de 2018.Tegucigalpa, Honduras.

-Médico en Servicio Social en Red Descentralizada de Servicios de Salud en Primer Nivel de Atención Intibucá (COMIPRONIL) en ESFAM Chiligatoro perteneciente al CIS Dr. Vicente Mejía Colindres de la ciudad de La Esperanza, Intibucá.

Periodo: Marzo 2016-Marzo 2017.

-Internado Rotatorio de la Carrera de Medicina General, en el Hospital Regional Santa Teresa de la Ciudad de Comayagua, Comayagua.

Periodo: 1 de Noviembre del 2014 al 31 de Abril del 2015.

Hospital Regional Gabriela Alvarado de la ciudad de Danli el Paraíso.

Periodo: 1 de Mayo del 2015 al 30 Noviembre del 2015.

-Bachiller en Ciencias y Letras. Instituto León Alvarado. Comayagua, Comayagua Periodo: 2003- 2007.

EXPERIENCIA LABORAL:

-Médico General Asistencial y actividades administrativas-gerenciales en Clínica IntegraMédica de la Ciudad de Comayagua, Comayagua.

Periodo: Abril 2017 a Mayo 2019 los días sábados.

Periodo: Junio 2019 de lunes a viernes de 1:00pm-5:00pm y sábados de 7:00-1:00pm a la fecha actual.

REFERENCIAS

Dr. Yarin Mejia.
Celular:99771731
Coordinador de
Gestor
Descentralizado en
Salud
COMIPRONIL

Lic. Abner Amaya
Celular: 99181448
Administrador
Gestor
COMIPRONIL.

Dr. Ricardo
Quintanilla
Celular:95096063
Gerente General de
IntegraMédica.

Médico General y coordinador del equipo de salud familiar en la Unidad de Atención Primaria en Salud(UAPS) El Naranjo, Intibucá, Intibucá ejerciendo labores gerenciales, administrativas y como médico asistencial con manejo de Normas de la Secretaria de Salud y estrategias con base comunitarias del gobierno.

Periodo: 15 de Marzo del 2017 al 7 de Junio del 2019.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EXTRACURRICULAR:

-Cursante de Diplomado de Formación Pedagógica en Educación Superior. Inicio: 2 de Marzo-Junio 2019.

Actualmente en gestión para realizar práctica Profesional. Comayagua, Comayagua.

-Curso virtual de la Organización Panamericana de Salud: “Curso virtual de apoyo al auto-manejo de diabetes” Ofrecido a través del campus virtual de Salud Pública.

Realizado: El 15 de Octubre del 2019.

-Curso virtual de la Organización Panamericana de Salud: “Curso de autoaprendizaje de Leishmaniasis Visceral en las Américas. Ofrecido a través del campus virtual de Salud Pública.

Realizado: El 14 de Octubre del 2019.

-Actualización en Medicina Interna. “Abordaje del Internista”

Realizado: El 18 de Septiembre 2019. Tegucigalpa MDC, Honduras.

-Soporte Vital Básico (SVB/BLS). Avalado por la American Heart Association (AHA).

Realizado: El 1 de Septiembre 2019. Valle de Ángeles, Honduras.

- Curso Office Basic 2016 (Word, Excel, Power Point)

Realizado: En Agosto 2019, UNAH Tegucigalpa.

-XV Congreso Centroamericano y del Caribe de Endocrinología, I congreso Centroamericano en endocrinología Pediátrica.

Realizado: Del 15 al 17 de Agosto 2019, Tegucigalpa, Honduras.

-IV congreso Centroamericano y del Caribe de Medicina Física y Rehabilitación. “Rehabilitación Vanguardista”.

Realizado: Del 13 al 15 de Junio 2019, Tegucigalpa, Honduras.

-COMIPRONIL: Diploma de participación en el Taller en la “Norma de Tuberculosis”.

Realizado: El 25 de Marzo del 2019, La Esperanza, Intibucá.

Realizado: 1 de Marzo del 2019, Tegucigalpa, Honduras.

-COMIPRONIL: Diploma de participación en el Taller sobre “Llenado completo y correcto de la Historia Clínica Perinatal Base HCPB”.

Realizado: El 15 de Febrero del 2019, La Esperanza, Intibucá.

-Jornada de Actualización de Medicina Interna.

Realizado: El 23 de Noviembre 2018. Comayagua, Honduras.

- COMIPRONIL: Diploma de participación en el Taller sobre “La Estrategia nacional de Prevención del embarazo en Adolescentes en Honduras”. ENAPREAH.

Realizado: El 25 de Junio del 2018, La Esperanza, Intibucá

-Jornada de Actualización de Ortopedia.

Realizado: El 27 de abril del 2018 Comayagua, Honduras.

-COMIPRONIL: Diploma de participación en el Taller sobre “Norma y Lineamiento del Programa Ampliado de Inmunización”. “PAI.

Realizado: El 12 de Abril del 2018, La Esperanza, Intibucá

RECONOCIMIENTOS

-Reconocimiento del Gestor Descentralizado De Salud COMIPRONIL por cumplimiento de Indicadores de Promoción y Prevención durante el I trimestre del 2018 en la UAPS EL Naranja, Intibucá, Intibucá.



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: **Alman Eliezer
Silva Rios**

ha concluido sus estudios en la Facultad de Ciencias Médicas en la
Ciudad Universitaria, el día de junio de dos mil diecisiete; y habiendo
cumplido todas las requisitos legales.

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

En la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, M.D.C.
el día de junio de dos mil diecisiete.


SECRETARIO (A) GENERAL


RECTOR (A)

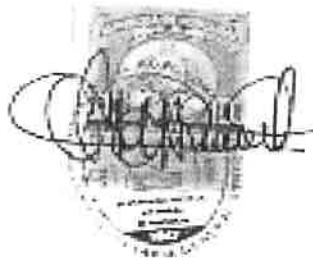

DECANO (A) O DIRECTOR (A)

Nº 39447

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 043, Folio 405, Tomo 21.1 del Libro respectivo.

República de Honduras, Tegucigalpa M.D.C., Ciudad Universitaria "José Trinidad Reyes", a los 10 de junio de dos mil diecinueve.



La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras

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

OLMAN ELIEZER SILVA RIOS

Es miembro de este Colegio con el registro

de inscripción No.

08061713269

**COLEGIO
MEDICO**

Para los fines de Ley extiende el presente

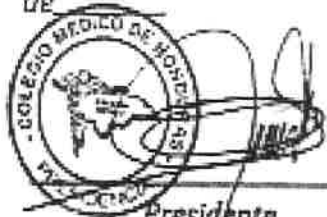
CERTIFICADO

02

Agosto

En Tegucigalpa, M.D.C., a los _____ días del mes de _____

de 2017



Presidente

DRA. SUYAPA M. FIGUEROA FIGUIGUREMS



Secretario de Colegiaciones

DRA. MARIA A. CASTRO MENDOZA



CONSTANCIA

El Suscrito jefe de la Región Departamental de Salud N.- 10 HACE CONSTAR:
 Que el M.S.S Olinan Eliezer Silva Ríos, realizo su Servicio Social de Medicina a
 partir del 14 de Marzo del 2016 al 13 de Marzo del 2017 en el Equipo de Salud
 Familiar de la comunidad de Chiligatoro, perteneciente al C.I.S. "Dr. Vicente Mejía
 Colindres" del municipio de La Esperanza, Intibucá. Realizando actividades de
 consulta externa, atención a la mujer y al niño, actividades extramuros.

Y para los fines que estime conveniente se extiende la presente a los 13 días del mes
 de Marzo del 2017.

Dr. Juan Alexander Flores del Cid



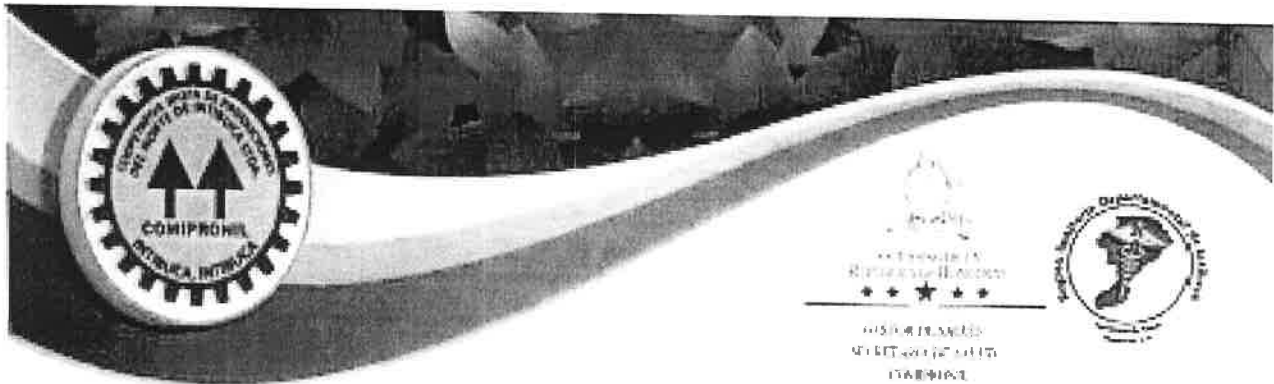
Dr. Rieberto Del Cid

Delegado del Colegio Médico Intibucá

Dr. José Cristóbal Alvarado
 jefe D.R.I.S.S.




Dra. Farah ...
 Coordinadora Gestor Descentralizado
 de Salud COM...



CONSTANCIA

El suscrito Administrador de Cooperativa Mixta de Productores del Norte de Intubucá Ltda. **COMIPRONIL**, por medio de la presente HACE CONSTAR QUE: **OLMAN ELIEZER SILVA RÍOS** con número de identidad **0301-1991-00106**, laboró para Red Descentralizada de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención de Intubucá en el cargo de Coordinador de Equipo de Salud Familiar desde el 15 de marzo de 2017 al 07 de junio de 2019, desempeñándose con altos estándares de calidad en atención, habilidades profesionales, responsabilidad, honradez y con valores éticos y morales demostrados durante su tiempo en la institución.

Y para los fines que la persona interesada estime conveniente se le extiende la presente en la Ciudad de La Esperanza, Intubucá los 07 días del mes de junio de 2019.


LIC. ABNER ELISEO AMAYA
ADMINISTRADOR
COMIPRONIL



Comayagua 04 de agosto de 2020

Sr: Carlos Miranda
Alcalde de Comayagua.

Distinguido y destacado alcalde.

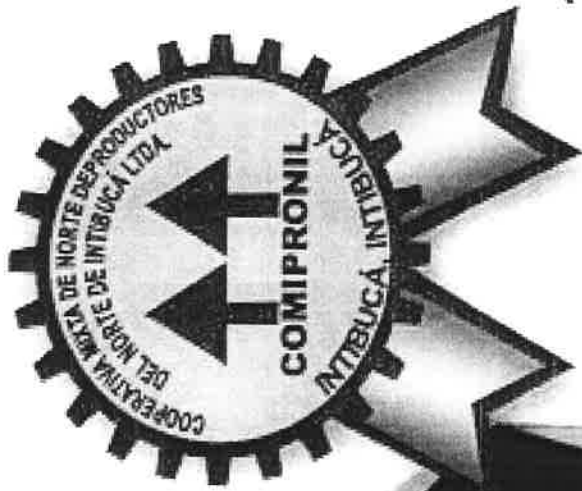
EL motivo de la presente es proponer mi hoja de vida en base a las experiencias adquiridas durante estos 3 años de servicio y de mi interés de formar parte del equipo médico que tiene planificado contratar para atender los centros de Triage en la ciudad de Comayagua.

Las funciones que realice fueron como Medico asistencial con el cargo de Coordinador de Equipo de Salud Familiar en la Red Descentralizada de Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Intibucá incluyendo programas y estrategias como ser Atención integral de la niñez en la comunidad (AINC), Club de embarazo, club de enfermos crónicos, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) estrategias nacionales para la prevención de embarazo en adolescentes (ENAPREAH) entre otros indicadores donde se trabajó en coordinación con el programa mundial de alimentos(PMA) y Visión Mundial Honduras.

Mi motivación para poder trabajar en este proyecto es fruto de estos años de trabajar en contacto directo con personas en riesgo social, proporcionando de la mejor manera posible la atención médica asistencial y de emergencias como también orientando en la una cultura de prevención y promoción de salud. Con todo ello me siento con la capacidad de formar parte integral de su equipo médico, para poder seguir apoyando a todas las personas en riesgo social y aplicar mis conocimientos científicos adquiridos y actualizados brindando atención médica con calidad y calidez sin importar raza, religión o ideología política.

Atentamente:

Dr. Olman Eliezer Silva Ríos
Dr. en Medicina Cirugía y General
Colegiación: 13269
Tel 98815223
Email. silvaolman1990@gmail.com



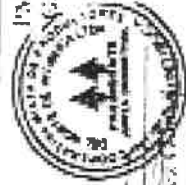
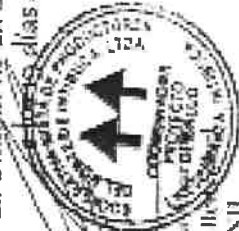
DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO

LA COORDINACIÓN,
GERENCIA, Y JUNTA DIRECTIVA DEL
GESTOR DESCENTRALIZADO DE SALUD
COMIPRONIL SE COMPLACE EN RECONOCER A:

Dr. Osman Silva Ríos

Por haber desempeñado su trabajo en el cumplimiento de Indicadores de Promoción y Prevención, demostrando un Gran Espíritu de Superación y Colaboración en Pro de nuestra Población, durante el 1er Trimestre 2018.

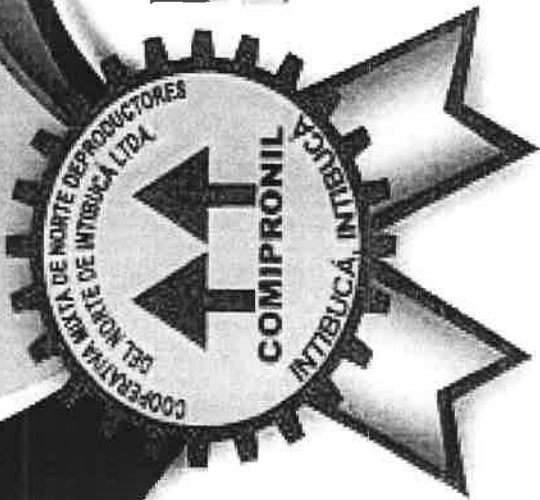
Dado en La Ciudad de La Esperanza, Departamento de Intibucá,
los días del mes mayo del 2018.



[Signature]
PM. Marco Latorre Gómez
Gerente COMIPRONIL

[Signature]
Dr. Osvaldo Mejía,
Coordinador de la Intibucá, Intibucá,
COMIPRONIL.

Dr. Oscar Domínguez
Dr. J.B. COMIPRONIL



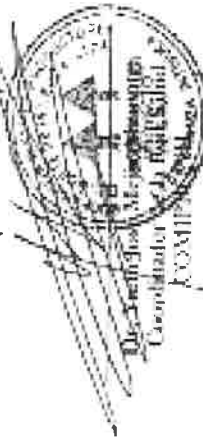
DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO

LA COORDINACIÓN,
GERENCIA Y JUNTA DIRECTIVA DEL
GESTOR DESCENTRALIZADO DE SALUD
COMIPRONIL SE COMPLACE EN RECONOCER A:

El H. C. Naranjo

*Al Equipo de Salud dirigido por el Dr. Osman Siles Rios, demostrando
que se puede alcanzar niveles altos de Excelencia en la Prestación de
Servicios de salud de calidad en Pro de nuestra Población.*

Dado en La Ciudad de La Esperanza, Departamento de Intibucá, a los 19 días del mes mayo del 2008



Dr. Nelson Domínguez
P.C. J.D. COMIPRONIL



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Olman Eliezer Silva Rios

ha participado y aprobado el:

Curso virtual de apoyo al auto-manejo de diabetes

ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública.

15 de octubre de 2019

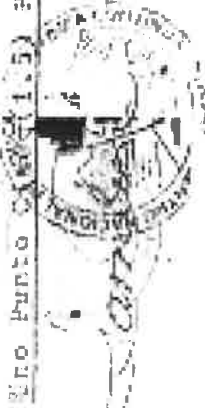
Horas: 140



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Regional para las Américas



Cero Punto Cero (1.5) Puntos

Dra. Carissa F. Ebbenne
Directora



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Olman Eliezer Silva Rios

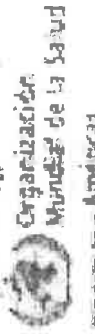
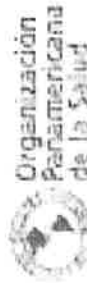
ha participado y aprobado el curso:

**Curso de autoaprendizaje de Leishmaniasis Visceral en las Américas:
diagnóstico y tratamiento**

recibido a través del Campus Virtual de Salud Pública.

Uso Punto Cincuenta (1.5) Puntos ~~14~~ de octubre de 2019

Horas: 60



Olman Eliezer Silva Rios

[Signature]

Ora. Carissa F. Etienne
Directora



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

Otorgan el Presente

9515054

CERTIFICADO

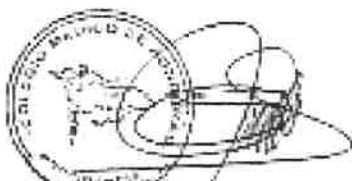
A:
COLEGIO
Dr. Olimar Eliezer Silva Rios

Por su participación como Asistente en la
Jornada:
"EL ABORDAJE DEL INTERNISTA "

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

Accreditación CENEMEC: Cinco (5) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos



DRA. SUYAPA MARIA FIGUEROA
 Presidenta CMH



DRA. FANNY NAVÁS LEÓN
 Presidenta de CENEMEC



DRA. HELGA CODINA
 Presidente SOHMI



BASIC LIFE SUPPORT

**BLS
Provider**



Olman Eliezer Silva Rios

has successfully completed the cognitive and skills evaluations
in accordance with the curriculum of the
American Heart Association Basic Life Support (CPR and AED) Program

Date Completed

1 Sep 2015

Expiration Date

Aug 2017

Training Center Name

Hospital Adventista Valle de Angeles

Instructor Name

Ada L. Gomez

Training Center ID

ZL20644

Instructor ID

02190649541

Training Center City, Country

Valle de Angeles, HONDURAS

eCard Code

44492071107

Training Site Name

QR Code



To view or verify authenticity, students and employers should scan the QR code with their mobile device or go to www.heart.org
© 2014 American Heart Association. All rights reserved. 11-2901-2114

BASIC LIFE SUPPORT

**BLS
Provider**



Olman Eliezer Silva Rios

The above individual has successfully completed the cognitive and skills evaluations in accordance with the curriculum of the American Heart Association Basic Life Support (CPR and AED) Program.

Date Completed	Expiration Date	eCard Code
1 Sep 2019	Aug 2021	4A906DEDEC07

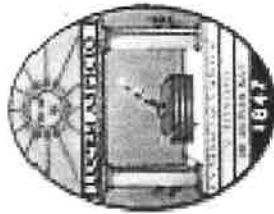


To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to www.cprverify.org.

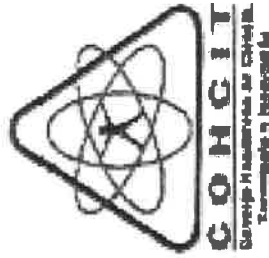
BASIC LIFE SUPPORT

Training Center Name	Hospital Adventista Valle de Angeles
Training Center ID	ZL20844
Training Center City, Country	Valle de Angeles, HONDURAS
Training Site Name	
Instructor Name	Ana Connor
Instructor ID	02180649847

© 2018 American Heart Association 16-2800 7/18



*Facultad de Ingeniería
 Centro Excelencia para la Educación en
 Tecnologías de Información India—Honduras*

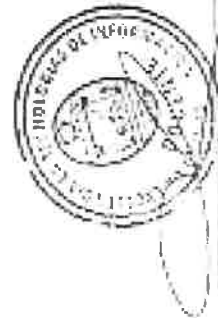


CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

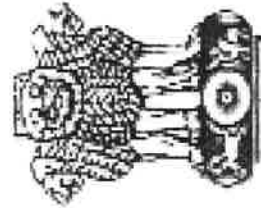
EXTENDIDO A:

OLMAN ELIEZER SILVA RIOS

*Curso: Office Básico 2016
 Word, Excel, PowerPoint
 Duración: 20 horas, Agosto 2019*



Firma Instructor



[Signature]

Firma Directora



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA - CENEMEC
ASOCIACIÓN MÉDICA LATINOAMERICANA DE REHABILITACIÓN
ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
ASOCIACIÓN INTERDISCIPLINARIA ARGENTINA DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

17-199883

OTORGAN EL PRESENTE **CERTIFICADO**



A Dr. Olman Eliezer Silva Rios

POR SU PARTICIPACIÓN COMO **ASISTENTE** AL

IV CONGRESO CENTROAMERICANO Y DEL CARIBE DE
MEDICINA FÍSICA
Y REHABILITACIÓN

"Rehabilitación Vanguardista"

TEGUCIGALPA M.D.C. HONDURAS, 13, 14 Y 15 DE JUNIO DE 2019

HORAS CRÉDITO CENEMEC: 18 (DIECIOCHO)

PUNTOS PRO: 3 (TRES) PUNTOS ORO

DRA. MELISSA MEALA GURMAN
PRESIDENTE AIACH



DRA. FANNY NAVAS LEÓN
PRESIDENTE CENEMEC

DRA. GABRIELA GALDAMEZ
SECRETARIA AIACH





COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
 CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MEDICA CONTINUA (CENEMEC)
 ASOCIACION HONDUREÑA DE ENDOCRINOLOGIA Y METABOLISMO(AHEM)
 ASOCIACION LATINOAMERICANA DE DIABETES (ALAD)

05113351

OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO A:

Osman Eñezer Silva Ríos

POR SU PARTICIPACION COMO ASISTENTE EN EL:



XV Congreso Centroamericano y del Caribe de Endocrinología

I CONGRESO CENTROAMERICANO DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

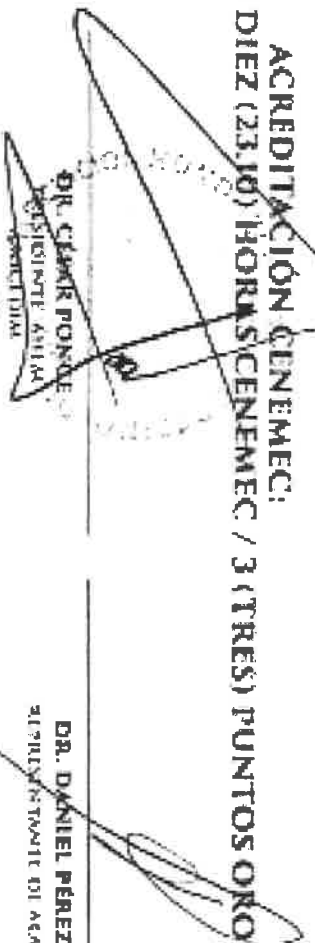
REALIZADO EN TEGUCIGALPA M.D.C. DEL 15 AL 17 DE AGOSTO DEL 2019

ACREDITACIÓN CENEMEC:

30 CREDITOS CENEMEC / 3 (TRES) PUNTOS ONO



DR. FANNY NAVAS LEÓN
 PRESIDENTA CENEMEC



DR. CÉSAR PONCE
 PRESIDENTE ASIAA
 PEDIÁTRICA

DR. DANIEL PÉREZ
 PRESIDENTE DE ALAD




COMIPRONIL otorga el presente:


DIPLOMA

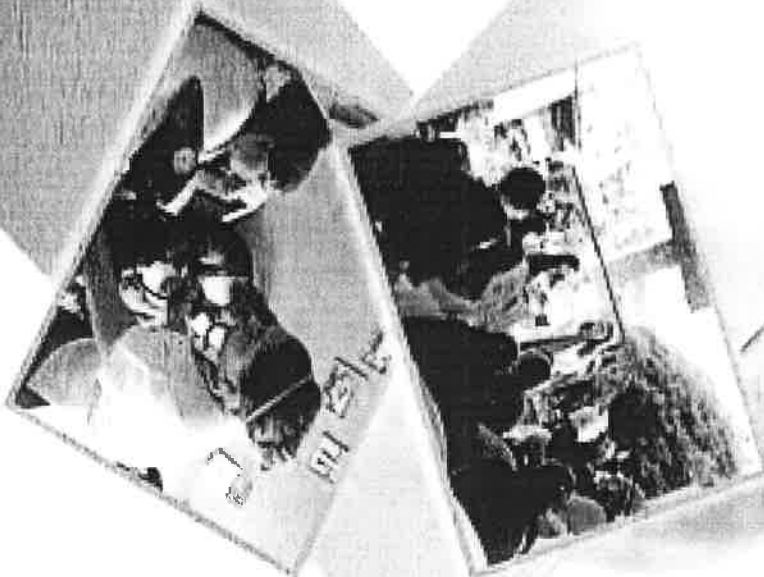
A: **Dr. Osman Lizey Silva Rios**

Por su destacada participación en el Taller en la Norma de
"TUBERCULOSIS"

*Dado en La Esperanza, Dneibucá, a los 25 días del mes de
Marzo del 2019.*


P. M. MAIRA LIZEY GO
GERENTE DE COMIPRONIL


DR. YARIN MEJIA ALVARENGA
COORD. PROYECTO DE SALUD



COMIPRONIL otorga el presente:

DIPLOMA

A

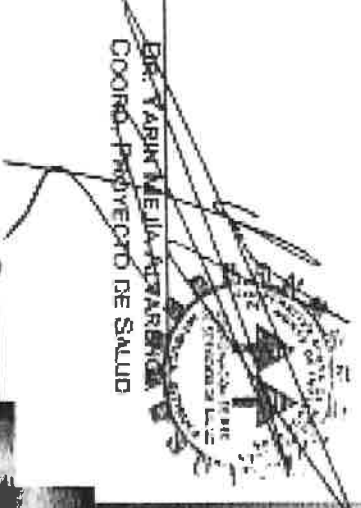
Dr. Osman S. Fiejer B. Silva R. A. Ios

Por su destacada participación en el Taller sobre "Hemado completo y correcto de la Historia Clínica Personal Base HICPB"

Dado en La Esperanza, Quevedo, a las 15 días del mes de Febrero del 2019.


M. MAIRA LIZBETH GOMEZ
GERENTE DE COMIPRONIL




DR. YABIM MEJÍA ARARANDA
COORD. PROYECTO DE SALUD



LA UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
FRANCISCO MORAZÁN



En virtud de haber cumplido con los requisitos

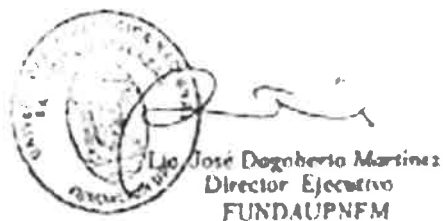
académicos establecidos

Duración: 192 Horas

TECNOLOGÍA

1956

Dado en la Ciudad de Tegucigalpa a los 1 días del mes de marzo de 2019



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

C:81768

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

OLMAN ELIEZER SILVA RIOS

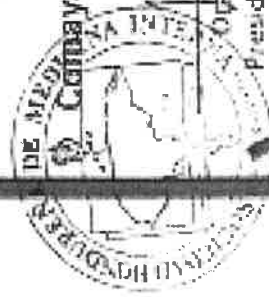
Por su participación como: **Asistente.**

A la Jornada de Actualización de Medicina Interna.

Acreditación GENEMEC: Cinco punto quince (5.15) Horas

Puntos: Cero punto veinticinco (0.25) Puntos Oro

Camayagua 23 de Noviembre 2018.



Dr. Heiga Cadina
Presidente de la SOHM



Dr. Fanny Nolasco
Presidente CENEMEC



Dr. Freddy Rodríguez
Delegado del Colegio Médico de Camayagua

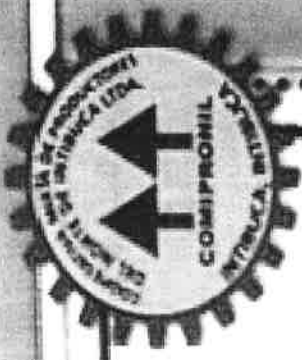
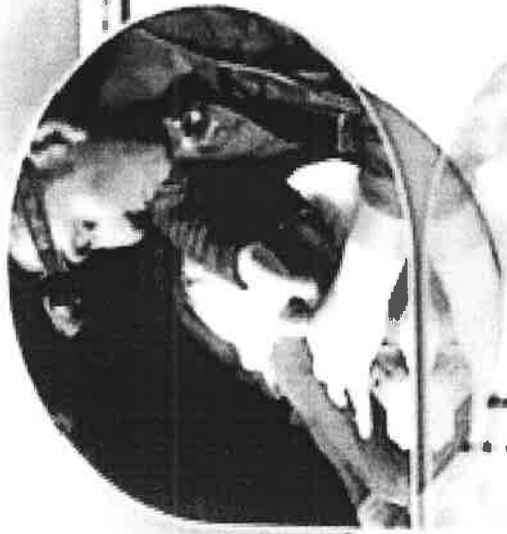


Dr. Matilde
CENEMEC Camayagua

PRESENCIA

A

A



COMIPRONIL otorga el presente:
DIPLOMA

Dr. Osman Sifrezer Silva Ríos

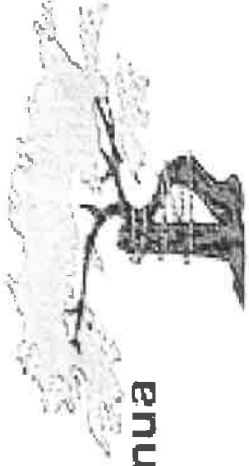
Por su destacada participación en el Taller sobre la "Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes ENAPREMI".

Dado en La Esperanza, Quetzaltenango, a los 25 días del mes de Agosto del 2018.



Alma L. Pérez
ALMA L. PÉREZ
COORDINADORA
COMITÉ DE COMIPRONIL

[Signature]
DRA. FARRAH FARRUKA ESTRADA
COORD. PROYECTO DE SALUD



Colegio Medico de Honduras
Centro Nacional de Educación Medica Continua

(CENEMEC)

Sociedad Hondureña de Ortopedia
Delegación Del Colegio Medico De Honduras En Comayagua

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

A:

OLMAN ELIEZER SILVA

Por su participación como:

ASISTENTE

A la Jornada de Actualización de Ortopedia.

Comayagua 27 de Abril 2018

0.25 puntos (5.10 Horas) CENEMEC

0155233



Dr. René Fonseca
Presidente de la ASHO



Dra. Fanny J. Navas
Presidenta CENEMEC



Dr. Eddy Partillo
D-1300-013-2018



Dra. Matilde
CENEMEC



COMPROMISO Oforga el presente:

GOBIERNO DE GUATEMALA
Ministerio de Salud Pública
SECRETARÍA DE SALUD
PROCESOS DE INVESTIGACIONES
Y PROMOCIONES

UNPLUMA

A:


Dr. D. Lina L. Liezer Sibla Rios

*Por su destacada participación en el Taller Normas y Lineamientos del Programa
Ampliado de Comunicaciones PAO*

Dado en la Ciudad de La Esperanza, Imbabura, 12 de Abril de 2018.


P.M. MARGA LIZZETH GOMEZ
GTE. COMIPRONIL


DRA. EARRA ESTRA
COORD. RED DE SALUD



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

OLMAN ELIEZER / SILVA RIOS



HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIÓ EL 28 DICIEMBRE 1990
SEXO: MASCULINO
EMITIDA EL 13 JUNIO 2009

0301-1991-00106

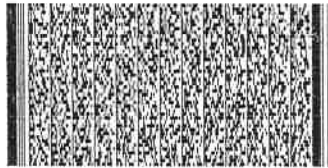


11925757-01

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 0301

OLMAN ELIEZER / SILVA RIOS

0301-1991-00106

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO No.
45-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) CESAR ANTONIO CERRATO BARDALES** identidad **0301-1985-02219** solvencia municipal No. 275600, 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 **TRIAJE en el Instituto Departamental “León Alvarado”**.

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

1. Dar asistencia, evaluación y atención clínica de pacientes que busquen ayuda.
2. Ser 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 de influencia en el triaje.
5. Implementar medidas de contención, control y prevención asociadas a los casos confirmados por laboratorios.
6. Comunicación Personal con pacientes de los riesgos de COVID-19.
7. Brindar información a los casos sospechosos sobre medidas a tomar para evitar contagiar a otras personas.
8. Realizar interrogatorio y evaluación clínica para determinar si sigue en aislamiento en el hogar o necesita trasladarse a un hospital.
9. Determinar a qué pacientes se les debe realizar PCR-RT o prueba rápida para tamizaje.
10. Identificar a que pacientes se les debe iniciar de manera precoz tratamiento según lineamientos.
11. Referencia de pacientes a los centros seleccionados de acuerdo a su condición.
12. 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)

13. Elaboración y entrega de informe actividades al Jefe de la Región Sanitaria y alcaldía municipal de Comayagua.
14. Cumplir con los roles establecidos de acuerdo a la demanda de pacientes.
15. 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 **24 de agosto, 2020 finalizando, 23 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 24 días de agosto de 2020



El Contratante



El Contratado (a)

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 en el Triage ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato No. 45-A-2020. Correspondiente al 24 de Agosto al 23 de septiembre, 2020. ✓

Comayagua, 23 de septiembre, 2020. ✓



CESAR ANTONIO CERRATO BARDALES

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 45-A-2020**. Correspondiente al 24 de septiembre al 23 de octubre, **2020**.

Comayagua, 23 de octubre, 2020.



CESAR ANTONIO CERRATO BARDALES

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 en el Triaje ubicado en el instituto “León Alvarado” en la emergencia COVID-19, según contrato **No. 45-A-2020** Correspondiente al 24 de octubre al 23 de noviembre, **2020**.

Comayagua, 23 de noviembre, 2020.



CESAR ANTONIO CERRATO BARDALES



Alcaldia 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

17 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 al Doctor **CESAR ANTONIO CERRATO BARDALES**, quien ha sido seleccionado, para participar en capacitación y formar parte del Equipo de **TRIAJE 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: Mery Yotany Cortés Oviedo: Directora Municipal de Salud, Red I Comayagua

Cc: Interesado(a)

Cc: Archivo

Comayagua Primera Ciudad Colonial de Honduras

CURRICULUM VITAE

DATOS PERSONALES

- **NOMBRE:** Cesar Antonio Cerrato Bardales
- **NUMERO DE IDENTIDAD:** 0301-1985-20219
- **FECHA DE NACIMIENTO:** 03 de Agosto de 1985
- **EDAD:** 34 años
- **ESTADO CIVIL:** Casado
- **DIRECCION:** Barrio Torondón, Comayagua, Comayagua
- **TELEFONO:** 96471967
- **Email:** cerratobardales@yahoo.com



ESTUDIOS REALIZADOS

➤ EDUCACION PRIMARIA:

ESCUELA Fray Juan de Jesús Zepeda, COMAYAGUA 1991-1997

➤ EDUCACION SECUNDARIA:

INSTITUTO Marista La Inmaculada, COMAYAGUA 1998-2003

TITULO OBTENIDO: Bachillerato En Ciencias y Letras Y Técnico En Computación

➤ EDUCACION UNIVERSITARIA

Universidad Nacional Autónoma de Honduras, (UNAH), Título de Doctor en Medicina y Cirugía. Graduado el 27 de Octubre del 2014. **Numero de colegiación: 10105**

EXPERIENCIA LABORAL

Práctica profesional: Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, MDC

Labor realizada: Internado Rotatorio

Año: 2012-2013.

Práctica profesional: CESAMO Concordia, Concordia, Olancho

Labor realizada: Medico en Servicio Social

Año: 2013-2014.

Práctica profesional: CESAMO Lejamaní, Comayagua, Comayagua

Labor realizada: Medico en Servicio Social

Año: 2013-2014.

Práctica profesional: CESAMO Flores, Comayagua, Comayagua
Labor realizada: Medico en Servicio Social
Año: 2013-2014.

Práctica profesional: CESAMO Villa de San Antonio, Comayagua, Comayagua
Labor realizada: Medico en Servicio Social
Año: 2013-2014.

Práctica profesional: Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, Comayagua
Labor realizada: Turnos como Medico en Servicio Social
Año: 2013-2014.

Lugar: Clínica de Consultoría y Medicina "CAPSYC"
Labor: Realización de exámenes físicos y visuales
Año: 2014-2016

Lugar: Clínica Colaboradores Con Dios, Comayagua
Labor: Turnos de emergencia
Año: 2014-**presente.**

Lugar: Clínica Sagrada Familia, Comayagua
Labor: Consulta Médica General
Año: 2014-2016

Lugar: Instituto Departamental León Alvarado
Labor: Docente en la Carrera del Bachillerato Tec. Prof. En Salud y Nutrición Comunitaria
Año: 2015-**presente**

Lugar: Clínica de Consultoría y Medicina Los Amigos
Labor: Realización de exámenes físicos y visuales
Año: 2017-**presente**

CURSOS DE ACTUALIZACIÓN

- Asistencia a la **JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA**, realizada en la Ciudad de Comayagua, el día 25 de Octubre del 2013.
- Asistencia a la **JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA**, realizada en la Ciudad de Comayagua, el día 25 de Abril del 2014.
- Asistencia a la **JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA**, realizada en la Ciudad de Comayagua, el día 20 de Marzo del 2015.
- Asistencia y participación en el curso de **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN PARA POSTULANTES A ESPECIALIDADES MEDICAS**, desarrollado los días 22 y 30 de Septiembre del 2014, en la UNAH.
- Asistencia y participación en el **TALLER DE MANEJO DE CETOACIDOSIS DIABETICA EN PEDIATRIA**, desarrollado en la Ciudad de Comayagua, el 15 de Mayo del 2015.
- Asistencia a la **IIICURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRIA**, realizada en la Ciudad de Comayagua, el día 16 de Mayo del 2015.
- Asistencia a la **JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN NEUROCIENCIAS**, realizada en la Ciudad de Comayagua, el día 22 de Mayo del 2015.
- Asistencia y participación en el **CURSO DE ULTRASONIDO OBSTETRICO Y GINECOLOGICO DE ULTRASONICA 2015**, realizado en Tegucigalpa en el año 2015.
- Asistencia y participación en **CURSO DE FORMULACION Y EVALUACION DE PROYECTOS EN SALUD**, realizada del 26 al 30 de septiembre del 2016, en el **COLEGIO MEDICO DE HONDURAS**.





República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

Profesor "Obed Castañeda Laínez"

El Director (a) de Instituto "La Inmaculada"

Comayagua

Departamento

Comayagua

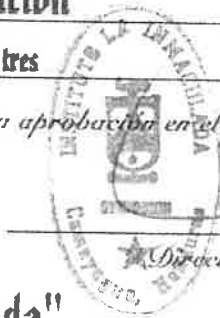
Por Cuanto: Le confiere a
César Antonio Cerrato Bardales

El Grado de Técnico en Computación

El día 15 del mes de Noviembre del dos mil tres

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 "La Inmaculada" deja constancia de haber registrado este Título bajo el N.º. 242 Folio 62 del libro N.º. 8 el día QUINCE de NOVIEMBRE de 2003



Director (a) del Establecimiento

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. 0280 Año 2003 fecha de aprobación 5 de Noviembre del 2003 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º.

01 Reg. 0280 Folio 194

Lugar y Fecha Comayagua 24 de Noviembre del 2003

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 139 de la Ley Orgánica de



República de Honduras
Secretaría de Educación



Promoción

Profesor "Obed Castañeda Laínez"

El Director (a) de Instituto "La Inmaculada"

Comayagua Departamento Comayagua

Por Cuanto: Le confiere a
César Antonio Cerrato Bardales

El Grado de Bachiller en Ciencias y Letras

El día 15 del mes de Noviembre del dos mil tres

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 "La Inmaculada" deja constancia de haber registrado este Título bajo el N.º 162 Folio 42 del libro N.º 8 el día QUINCE NOVIEMBRE de 2003

Secretario (a) del Establecimiento

El (La) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de Comayagua de

constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N.º 0200 Año 2003 fecha aprobación 5 de Noviembre del 2003 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro

01 Reg. 0200 Folio 193

Lugar y Fecha Comayagua 24 de Noviembre del 2003

Secretario (a) Dirección Deptal. de Educación

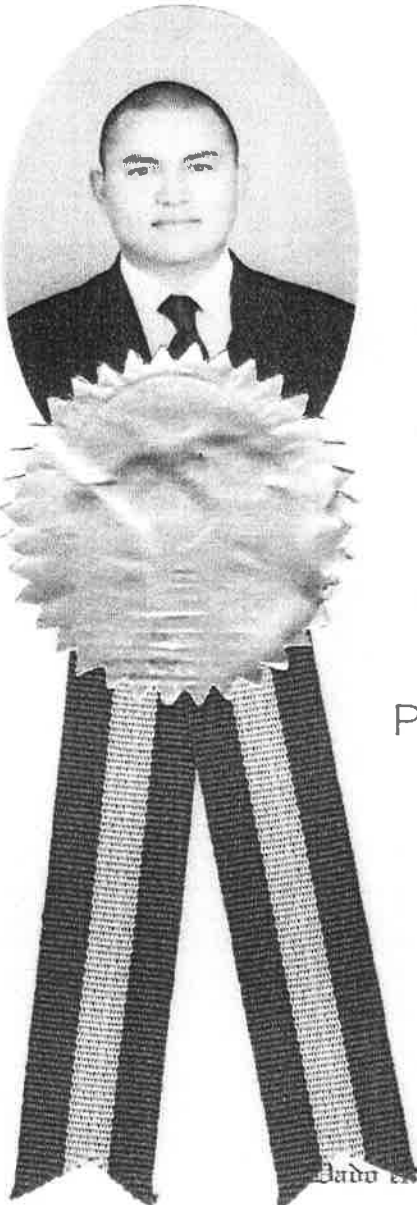
Por Tanto:

El Secretario de Estado en el Despacho de Educación, a través de la Dirección Departamental de Educación Comayagua y en uso de la facultad que le confieren los Artículos 189 de la Ley Orgánica



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: César Antonio Cerrato Bardales

ha terminado sus estudios en La Facultad de Ciencias Médicas el Veintitres de octubre de dos mil catorce

y cumplido todas las requisitos legales

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

Dado en la Ciudad Universitaria, "José Trinidad Reyes", Tegucigalpa, A.D.C. el 27 de octubre del año dos mil catorce



César Antonio Cerrato Bardales
RECTOR (A)



013918

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° 030..... Folio 003..... Tomo XLV..... del Libro respectivo.

Tegucigalpa, M.D.C. 04 de Nov...... del 2014.....



La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras

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

Cesar Antonio Cerrato Bardales

Es miembro de este Colegio con el registro

de inscripción No. **27101410105**

Para los fines de Ley extiende el presente

CERTIFICADO

En Tegucigalpa, M.D.C., a los 28 días del mes de Noviembre
de 2014



Presidente

DR. ELMER SADY MAYES CISNEROS



Secretario de Colegiaciones

DR. JULIO ALBERTO COLINDRES HERNANDEZ



UNAH
Universidad Nacional
Autónoma de Honduras

DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN
CIENTÍFICA Y
POSGRADO

Certificado

Se otorga a:

Cesar Antonio Cerrato

Por su asistencia y participación en el Curso: **Metodología de Investigación para Postulantes a Especialidades Médicas**, con una duración de 16 horas, desarrollado los días 22 y 30 de septiembre de 2014 en la Ciudad Universitaria "**José Trinidad Reyes**", Tegucigalpa M.D.C. Honduras, C.A.

Leticia Salomón

Directora de Investigación Científica y Posgrado

UNAH

024-0914-0028-D



Colegio Médico de Honduras

Centro Nacional de Educación Médica Continua

Asociación Médica de Comayagua

Asociación Hondureña de Medicina Interna



Otorgan el Presente CERTIFICADO

333740

A:

DR CESAR ANTONIO CERRATO

Por su Participación como: ASISTENTE

A la jornada de Actualización en *Medicina Interna*

Comayagua 25 de Octubre del 2013.

CINCO (5) HORAS CREDITO EENEMEC



Dra. Kenia D. Velázquez

Coordinadora Nacional CENEMEC

Dra. Thania B. Fernandez

Presidente Asociación Médica Comayagüeca

Dra. Selva Codina

Miembro de Sociedad de Medicina Interna

Dra. Karla Ortiz Paredes

Coordinadora Local CENEMEC



Colegio Médico de Honduras
 Centro Nacional de Educación Médica Continua
 Asociación Médica de Comayagua
 Asociación Hondureña de Ginecología



331832

Otorgan el Presente
CERTIFICADO

A:

DR. CESAR ANTONIO CERRATO

Por su Participación como: **ASISTENTE**

A la jornada de Actualización en Ginecología

Comayagua 26 de Abril 2014.

CINCO (5) HORAS CREDITO CENEMEC



Dra. Naysa Cecilia
 Coordinadora Nacional CENEMEC.



Dra. Beatriz Sosa
 Presidente de Sociedad de Ginecología



Dra. Lidia López Casco
 Presidente de Local CENEMEC

Colegio Médico de Honduras
Centro Nacional de Educación Médica Continua
Asociación Médica de Comayagua
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras

Jornada de Actualización en Ginecología

Otorga el presente
Certificado

a:

DR. CESAR ANTONIO CERRATO BARDIALES

Por su participación en condición de asistente.

Hotel Antigua Comayagua, Comayagua Honduras. 20 de Marzo, 2015.

Pts. CENEMEC: 0.5 Pts.

Hrs. CENEMEC: Cinco Horas (5)

355281



Dra. Mayra Ochoa
Coordinadora Nacional CENEMEC



Dr. Cristian Berlioz
Presidente Asociación Médica de Comayagua



Dr. Kristian Navarro
Presidente Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras



Dr. Jorge Casco
Coordinador Local CENEMEC



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
 CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
 ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA, CAPÍTULO ZONA CENTRO

otorga el presente

CERTIFICADO

358211

A: DR. CESAR ANTONIO CERRATO

Por su Participación como: ASISTENTE en el

TALLER: Manejo de Cetoacidosis Diabética

Realizado en la ciudad de Comayagua, el 15 de mayo de 2015

CENEMEG CUATRO PTO TREINTA HORAS (4.30)



[Signature]
 Dayvis Ochoa
 Presidente
 CENEMEG

[Signature]
 Dr. Guillermo Villatoro
 Expositor





COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
 CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
 ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA, CAPÍTULO ZONA CENTRO



otorga el presente

CERTIFICADO

358312

A: DR. CESAR ANTONIO CERRATO

Por su participación como: ASISTENTE en el

III Curso de Actualización en PEDIATRÍA

Realizado en la Ciudad de Comavaqua, el 16 de Mayo de 2015
 CENEMEC CUATRO RÍO TREINTA HORAS (4.30)

[Signature]
 DR. JIMMY BARRERA
 Presidente
 APPIHONGZC



DR. H. ALVAREZ C.
 Presidente
 Asociación Pediatría Hondureña

DR. LILIAN CERRIOS
 Secretaria
 APPIHONGZC

[Signature]





Colegio Medico de Honduras

Del Valle
Centro de Especialidades Médicas

Centro Nacional de Educación Médica Continua

Centro de Especialidades Médicas del Valle

Otorgan el Presente

CERTIFICADO

357881

Dr. César Antonio Cerrato

Asistente

Por su participación como:

A la Jornada de Actualización de "NEUROEJECUTAS"

Comayagua 22 de Mayo 2015



Presidenta Cenermec



Dr. Cristóbal Berjón
Delegado C.M.H. Cap. Comay.

(3) HORAS CREDITO CENEMEC



Dr. Medico Clínica del Valle
Dir. Medico Clínica del Valle
Sec. Soc. Medica Comay.



ULTRASONICA

INSTITUCIÓN MÚLTIPLE DE R.L. ALBA

Certificado de Participación

Ultrasonica S. de R.L. certifica que:

Dr. César A. Ferrato

Ha concluido con éxito el ~~XXXX~~ Curso de Capacitación de Ultrasonido en Ginecología y Obstetricia con 40 horas de duración.

Celebrado en el salón de conferencias del Hospital La Policlínica del 11 al 14 de junio de 2015 Tegucigalpa, Honduras.

Armando Pineda
Gerente General



José Arnulfo Cárdenas
Instructor



MUNICIPALIDAD DE COMAYAGUA
CONSTANCIA DE PAGO
DE IMPUESTOS MUNICIPALES. 275600

Nº 000275600

NOMBRE DEL CONTRIBUYENTE:
CESAR ANTONIO CERRATO
0301-1985-02219

FECHA EMISION	FECHA VENCIMIENTO	AÑO PAGADO
19/08/20	31/12/2020	2019

VALOR PAG. 135.00



FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE

FOTOCOPIADO DE LA CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES DE LA 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

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

RTN: 03011985022193

CESAR ANTONIO CERRATO BARDALES
Nombre o Razón 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"/>	

Fecha de Emisión: 20/10/2019

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 1 Decreto N° 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto a Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley I del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20880 y el Reglamen Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973

M. A. H. P.

Ministro Director **Jefe de Departamento Asistencia 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- 1438622 Transacción: DF8536

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

CESAR ANTONIO / CERRATO BARDALES

HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIÓ EL: 03 AGOSTO 1985
SEXO: MASCULINO
EMITIDA EL: 25 AGOSTO 2016

0301-1985-02219

0442746-04

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.

M. A. H. P. **DIRECTOR R.N.P.**

SOLICITADA EN 0301
CESAR ANTONIO / CERRATO BARDALES
0301-1985-02219