



Honduras, C.A.

LIMÓN, COLON
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 01/10/2020
Hora : 11:15 a.m.
USUARIO: YENI.CERNA
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 23014

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 703

Fecha de Emisión: 1/10/2020

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: BESSY ALEJANDRA RIVAS ORELLANA

Id/RTN: 0801199009447

La Cantidad en Letras: VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS

Descripción:

Personal de Salud(Médico General)que Presta sus Servicios en el Centro de Triaje del Municipio de Limón Correspondiente al Mes de Septiembre del Año 2020 en el MARCO DEL PROGRAMA FUERZA HONDURAS COVID-19.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 08 000 001 000 55110 11-011-04	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
202	RETENCION DE ISR	3,667.20
Total de retenciones:		3,667.20

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-011-04	Transferencia de Emergencia COVID-2019 OPERACIÓN FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		MONTO
SUBTOTAL		29,337.63
- RETENCIONES		3,667.20
TOTAL		25,670.43

Firma y Sello del Representante



Firma y Sello de la Alcaldía



Sello de Tesorería



Recibido por:

Identidad No.:

0801199009447



MUNICIPALIDAD DE LIMÓN
COLÓN, HONDURAS, C.A.
Cuenta No. 17100009897

CHEQUE No. 00000775

Limon, Honduras 01/10/20
Lugar y Fecha

Seily López
Páguese a la orden de

L 25,670.43

Seily López
Cantidad en letras

Lempiras

Banco Atlántida
Banco Atlántida, S.A.

Juan Carlos López
Firma(s)

⑆0⑆0⑆7024⑆000⑆7⑆00009897⑆00000775

CONCEPTO DE PAGO

NUMERO DE CUENTA	CONCEPTO	DEBE	HABER
	Pago Personal de Salud que presta sus servicios en el Centro de Triaje del Municipio de Limón en el Marco del Programa Fuerza Honduras Covid-19	25,670.43	



CHEQUE No.
00000775

Seily López
CONTABILIZADO POR

Juan Carlos López
REVISADO POR

Juan Carlos López
AUTORIZADO POR

Seily López
RECIBI CONFORME

N° _____

Recibo

POR Lps. 25,670.43

Fecha 01 de 10 del 20 20

Recibí de: Municipalidad de Limón

La Cantidad de: veinticincomil seiscientos setenta ^{con 43/100} Lempiras

Por: Concepto pago al personal médico asignado al Triaje del Municipio de Limón en el Marco de Programa Fuerza Honduras Covid-19

Saldo Anterior	Lps.	25,670.43
Abono	Lps.	25,670.43
Saldo Total	Lps.	0

Seily López
FIRMA AUTORIZADA



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD



BESSY ALEJANDRA / RIVAS ORELLANA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 03 MAYO 1990
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL 18 SEPTIEMBRE 2014



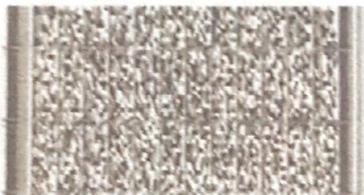
0801-1990-09447



11577354-03

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.

M. J. J.
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0801

BESSY ALEJANDRA / RIVAS ORELLANA

0801-1990-09447

SOLICITUD DE PAGO

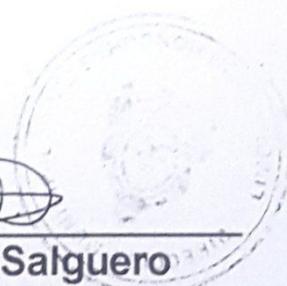
Limón, Colón 30 de Septiembre del Año 2020

Sr. Jorge O. Martínez
Alcalde Municipal de Limón
Su Oficina

Reciba un Cordial Saludo.

Por medio de la misma solicito el pago de la Dra: **BESSY ALEJANDRA RIVAS ORELLANA** Con Numero de Identidad **0801-1990-09447** correspondiente al mes de Septiembre del Año 2020 por el trabajo desempeñado en el Centro de Triage del Municipio de Limón, Ubicado en el Instituto Abel Gonzales Caballero.

De Antemano agradezco su fina atención.



Dra. Diriam Salguero
Coordinadora de Salud
Municipal de Limón



MUNICIPALIDAD DE LIMÓN

Limón, Colón. Honduras, C.A.



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, **JORGE ORLANDO MARTINEZ TORRES** Mayor de Edad, Casado, Hondureño, Vecino de este Municipio con Identidad Numero 0208-1968-00261 actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Limón quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **BESSY ALEJANDRA RIVAS ORELLANA**, Mayor de Edad, Soltera, Hondureña, Vecino de la Ciudad de Tegucigalpa con Identidad Numero 0801-1990-09447, 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 Limón, en el **CENTRO DE TRIAJE LIMÓN**.

CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO se compromete a ejecutar las funciones siguientes:

Atender a pacientes, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento correspondiente.

Practicar control de pacientes hospitalizados o ambulatorios que estén a su cuidado.

Revisar expedientes, autorizar salidas e internamientos de pacientes.

Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.

Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.

Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.



MUNICIPALIDAD DE LIMON

Limón, Colón. Honduras, C.A.



CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (3) meses contados a partir de la firma del mismo, 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 CONTRATANTE** se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de Veinte y Nueve Mil Trecientos Treinta y Tres Lempiras con 63/100 (**Lps.29,337.63**) mensuales. El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras.

CLÁUSULA QUINTA: La Jornada de trabajo será por turnos de Seis horas de Lunes a Domingo, turnos que serán rotativos, establecidos por **EL CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado 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 SEXTA: DEDUCCIONES. **EL CONTRATADO** autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta.

CLÁUSULA SÉPTIMA: 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.



MUNICIPALIDAD DE LIMON

Limón, Colón. Honduras, C.A.



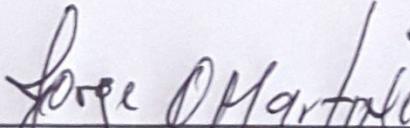
CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo convengan por escrito.

CLÁUSULA NOVENA: 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 DÉCIMA: 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 el Municipio de Limón a los Primeros (01) días del mes de Septiembre del año 2020.


Jorge O. Martínez Torres
Alcalde Municipal




Bessy A. Rivas Orellana
Contratista



Bessy Alejandra Rivas Orellana



Médico General

Fecha de Nacimiento:
3 de mayo del 1990

Número de Identidad:
0801-1990-09447

RTN: 08011990094476

Tegucigalpa, MDC

+504 33841214

www.linkedin.com/in/alejandrarivas3

alerivasx3@gmail.com

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Curso Online: **Relaciones Interpersonales**

Instituto Nacional de Formación Profesional / NOV 2018

Curso Online: **Oratoria**

Instituto Nacional de Formación Profesional / DIC 2018

IDIOMAS

Inglés Básico

Academia Europea / ENE 2020



EDUCACIÓN

1997-2002

Escuela "Juventud Hondureña"
Educación primaria.

Tegucigalpa

2003-2004

Instituto San José del Carmen
Secundo grado.

Tegucigalpa

2005-2007

Instituto San Francisco
Secundaria y Bachillerato en Ciencias y Letras

Comayagua

2009-2018

Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Educación superior con título Doctora en Medicina y Cirugía General.

Tegucigalpa



EXPERIENCIA

2017-2018

CS Tacumbá

Tacumbá, PA

Médico en servicio social asistencial con funciones administrativas.

Proyecto ESTAMPA Honduras

Tacumbá, PA

Colaboración y recolección de muestras para el proyecto ESTAMPA (Estudio Multicéntrico de TAMizaje y Traje usando la prueba de P4pilocnavirus humano)

2019-2020

Clínica Médica del Valle

Valle de Angeles, PA

Médico general y cirugía menor, consulta médica y atención a todos los grupos de edad



HABILIDADES PERSONALES

Creatividad

Trabajo en equipo

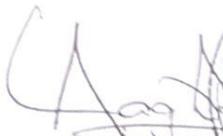
Resolución de Problemas

Responsabilidad

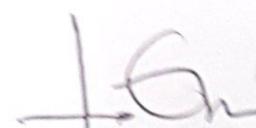
CONSTANCIA

El Suscrito Jefe Regional Dr. Allan D. Lagos A de la Región Sanitaria Departamental de Colón, por medio de la presente **HACE CONSTAR QUE: BESSY ALEJANDRA RIVAS ORELLANA** con identidad 0801-1990-09447 presento curriculum a esta unidad de recursos humanos y tras revisión cumple con todos los requisitos y certificaciones para laborar como médico general, por lo que se otorga visto bueno para su contratación en el triaje del municipio de Limón, Colón.

Para este único fin se extiende la presente en la Ciudad de Trujillo Departamento de Colón a los 30 días del mes de Julio del año Dos Mil Veinte.


Dr. Allan Diógenes Lagos
Jefatura Regional
Región Sanitaria Deptal. De Colón




Arq. Gibran F. Sozano
Jefe de Recursos Humanos
Región Sanitaria Deptal de Colón



Cc. Archivo

REPÚBLICA DE HONDURAS
PODER JUDICIAL
CONSTANCIA
TRABAJO



No. 788296

VALOR: L. 150.00

EMITIDA: 19/08/2020 EN: TEGUCIGALPA, M.D.C

NOMBRES: BESSY ALEJANDRA

APELLIDOS: RIVAS ORELLANA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 0801199009447

FECHA DE NACIMIENTO: 03/05/1990

SEXO: Femenino

DOMICILIO: COLONIA LA JOYA, TEGUCIGALPA.

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





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

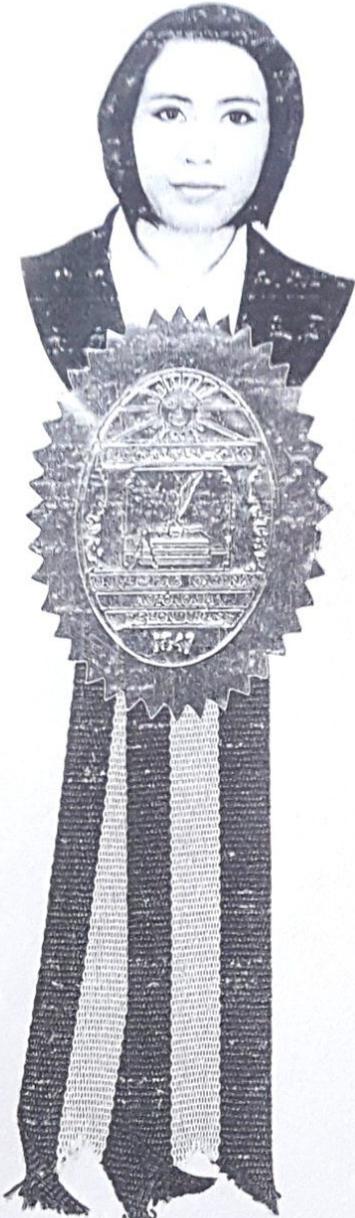
El Rector (a) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras
en ejercicio de las facultades que la Ley le confiere

POR CUANTO: **Bessy Alejandra
Ribas Orellana**

ha concluido sus estudios en la Facultad de Ciencias Médicas en la
Ciudad Universitaria, el seis de junio 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 seis de julio de dos mil dieciocho.



Secretaría General
SECRETARIO (A) GENERAL



RECTOR (A)



DECANO (A) ó DIRECTOR (A)

Nº 46116

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 093. Folio 010. Tomo XLIV del Libro respectivo.

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



**PAGO A PERSONAL QUE LABORA EN EL CENTRO DE TRIAJE EN LAS
INSTALACIONES DEL INSTITUTO ABEL GONZALES CABALLERO DEL
MUNICIPIO DE LIMON**

