



**MUNICIPALIDAD DE OLANCHITO**  
Departamento de Yoro, Honduras C.A.

Teléfono: 2446-6012



## **DEPARTAMENTO DE TESORERÍA**

### **INFORME DE PAGOS DE SERVICIOS PERSONAL DEL TRIAJE MUNICIPAL *OPERACIÓN FUERZA HONDURAS***

***CHEQUE # 71887***

***NOVIEMBRE 2020***

**“UNIDOS CONSTRUYENDO”**



NO NEGOCIABLE

CHEQUE No. 00071887

Olancho 6 noviembre  
Lugar y Fecha

L 29,337.63

Jose Roberto Delarca  
Páguese a la orden de

Veintinueve mil trescientos treinta y siete con 63/100 Lempiras  
Cantidad en letras



Banco DAVIVIENDA Honduras, S.A.

Firma(s)

⑆01640308⑆00006400005538⑆00071887

DETALLE DE LIQUIDACION

Medico General en el Triaje Municipal.



**OLANCHITO**  
Ciudad Cívica de Honduras

CHEQUE N°	ELABORADO POR	REVISADO POR	RECIBÍ CONFORME
			RECIBÍ CONFORME IDENTIFICACIÓN: 18071991 00202.

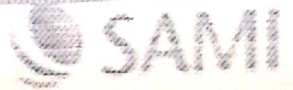
CHEQUE N° 00071887



Honduras, CA

OLANCHITO, YORO  
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago  
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 10/11/2020  
Hora : 09:40 a.m.

USUARIO: ARGELIA, MARTINEZ  
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11120

L: 29,337.63

Tipo de Expediente: RESUMENIZACIÓN GASTOS

Expediente No.: 4909

Fecha de Emisión: 10/11/2020

No. Cheque/Voucher de Depósito

Requiere a: JOSE ROBERTO DELARCA RUIZ

IDRTN: 1807199100207

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

Descripción:

PHCO POR CONTRATO INDIVIDUAL DE SERVICIO COMO AYUDANTE EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA POR COVID-19 LABORANDO EN EL TRIAJE MUNICIPAL DE OLANCHITO.-CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE, OPERACION FUERZA HONDURAS, CHEQUE 71987.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	MONTOS
10 02 000 013 000 55110 11-011-04	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63
<b>Total de retenciones:</b>		0.00
11-011-04	TRANSFERENCIA OPERACION FUERZA HONDURAS.	29,337.63
<b>Monto Total:</b>		29,337.63
<b>SUBTOTAL</b>		29,337.63
- RETENCIONES		0.00
		29,337.63



*[Signature]*  
Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorería



Recibido por:

Identidad No.: 1807199100207

Es para Bank of America (BA) Agt. B+ (E8H0)Gt. 0L 2y6c0H2HOVfaoXubRwTobXSpJ4 1LacWF8ForYmjbvMNSYkzSDXzf0wv6p0zAm8Fu0+Nov1863CF

10/11/2020 09:40:46 a.m.



**CONTRATO INDIVIDUAL DE SERVICIOS PROFESIONALES**  
**POR TIEMPO DETERMINADO.**

Nosotros, **JOSÉ TOMAS PONCE POSAS**, hondureño, casado, ingeniero agrónomo, con número de identidad 1807-1952-00584; actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Olanchito, Yoro; quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **JOSE ROBERTO DELARCA RUIZ**, hondureño, mayor de edad, casado, doctor en medicina y cirugía general, con número de identidad 1807-1991-00207; quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar, como al efecto celebramos, el presente Contrato Individual de servicios profesionales por Tiempo Determinado, en el Centro de Triage, Municipalidad de Olanchito, Yoro; 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 Olanchito, Yoro; en el **CENTRO DE TRIAJE** en el marco de la **OPERACIÓN FUERZA HONDURAS**.

**CLÁUSULA SEGUNDA: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS:** **LA CONTRATADA** se compromete a ejecutar las funciones siguientes:

1. Atender a pacientes, formular diagnósticos y prescribir el tratamiento correspondiente.
2. Practicar control de pacientes ambulatorios y tomar decisiones de manejo.
3. Revisar expedientes, autorizar salidas e internamientos de pacientes.
4. Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.
5. Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.
6. Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.

**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 veintinueve mil trescientos treinta y siete lempiras con sesenta y tres centavos (Lps. 29.337.63) mensuales. El monto total de este CONTRATO será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización, exclusivamente para la ejecución de gasto en el combate y prevención del COVID 19, en el marco de Operación Fuerza Honduras; razón por la cual estará sujeto a las transferencias mediante Operación Fuerza Honduras, que se emitan a favor de esta municipalidad.

**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 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.

**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, que serán cubiertos de

las transferencias de Emergencia COVID 19, en el marco de Operación Fuerza Honduras; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central de las transferencias de Emergencia COVID 19, en el marco de Operación Fuerza Honduras, a favor de la municipalidad; dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por las 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 la Ciudad de Olanchito Municipio de Yoro, a los dos (02) días del mes de septiembre del año 2020.

  
EL CONTRATANTE

  
EL CONTRATADO



REPUBLICA DE HONDERAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
TARJETA DE IDENTIDAD



JOSE ROBERTO / DELARCA RUIZ



HONDURAS  
NACIÓ EL 27 DE ABRIL DE 1991  
SEXO MASCULINO  
EMITIDA EL 06 SEPTIEMBRE 2009

1807-1991-00207



1807-1991-00207

**CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**

201-20-10500-18567

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **DELARCA RUIZ JOSE ROBERTO**  
Con Registro Tributario Nacional: **18071991002079**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-20-10500-18567 en fecha 05/05/2020, y Recibo Oficial de Pago No. 25411625522 de fecha 05/05/2020 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las Bases de Datos del Sistema de Gestión Tributaria (ETAX), se ha podido establecer lo siguiente:

- ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.
- ETAX: NO existen Registros de Deudas.
- ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo expuesto se OTORGA al solicitante la presente CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA, para el período 202001, según declaración 27723563752, presentada el 05/05/2020, la presente Constancia vence el 30/11/2020.

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

**JOHANA ELIETH CASTRO MELGAR**  
COORDINADORA DE CUENTA CORRIENTE



(\*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección <http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx>, ingresando el número **201-20-10500-18567** o mediante el siguiente código QR:







**Servicios Medicos Delarca Ruiz**  
**JOSE ROBERTO DELARCA RUIZ**  
*Medico, Medicina General*

Col. Guillermo Moore, fte. A Inst Guillermo Moore, Salida a Sabanetas  
 Olanchito, Yoro | Cel.: 8734-1730  
 E-mail: jose roberto4@outlook.com

POR L. 29,337.63

Fecha: 06 de Noviembre del 2020.

Recibí de: Municipalidad de Olanchito RTN: \_\_\_\_\_  
 La Cantidad de: Veintinueve mil Trececientos treinta y siete 63/100 Lempiras.  
 Por concepto de: Honorarios Medicos, Operacion fulegu Honduras, Traje Navidad

**RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES**

Nº 000-001-04-00000007

R.T.N 18071991002079  
 CAL CBD928-A8AA1F-CC4CA6-5E8761-C79185-8F  
 RAMCO AUTORIZADO: 000-001-04-00000051 / 000-001-04-00000100

TOTAL DE HONORARIOS	
RECIBIDO	29,337.63
SALDO	

MONTO HONORARIOS BRUTOS PERCIBIDOS	29,337.63
MONTO RETENCION	
MONTO NETO RECIBIDO	

*[Handwritten Signature]*  
 FIRMA

ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: EMISOR

FECHA LIMITE DE EMISION: 27/12/2020



OPERACIÓN FUERZA HONDURAS  
RECURSO HUMANO LABORANDO EN TRIAJE MUNICIPAL  
PAGO CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DEL 2020



No.	NOMBRE	IDENT.	CARGO	SALARIO	RETENCION FUENTE	TOTAL A PAGAR	PGDO. CON CK No.
1	MIRIAN JACKELLINE PUERTO CALDERON	0801-1990-19971	COORDINADOR MEDICO	L 29,337.63	0.00	L 29,337.63	
2	MARGIE FIORELLA PALACIOS DURAN	1807-1994-00467	MEDICO GENERAL	L 29,337.63	0.00	L 29,337.63	
3	SUVAPA MARITZA MANZANAREZ CARIAS	1807-1991-02159	MEDICO GENERAL	L 29,337.63	0.00	L 29,337.63	
4	JULIA MARITZA MARTINEZ MARADIAGA	1807-1991-01111	MEDICO GENERAL	L 29,337.63	0.00	L 29,337.63	
5	JOSE ROBERTO DELARCA RUIZ	1807-1991-00207	MEDICO GENERAL	L 29,337.63	0.00	L 29,337.63	
6	KAREN VANESSA MARTINEZ MACHIGUA	1807-1989-01026	LICENCIADA EN ENFERMERIA	L 18,000.00	0.00	L 18,000.00	
7	CARLOS FERNANDO MUNGUIA ROSALES	1807-1994-02172	DOCTOR MICROBIOLOGO	L 22,000.00	0.00	L 22,000.00	
8	FLOR ABELINA PUERTO RODRIGUEZ	1807-1999-00377	AYUDANTE	L 11,450.43	0.00	L 11,450.43	
9	KEREN ALEJANDRA HERRERA SOTO	1807-1996-00675	LICENCIADA EN ENFERMERIA	L 18,000.00	-	L 18,000.00	
10	NILSA LICETH ROSALES ROJAS	1807-1964-00550	ENFERMERA AUXILIAR	L 12,600.00	L 1,575.00	L 11,025.00	
11	ELDA YERALDIN SORTO PONCE	1807-1990-00203	ENFERMERA AUXILIAR	L 12,600.00	L 1,575.00	L 11,025.00	
12	LIBIA DANIELA MARTINEZ MENDEZ	1807-1979-01413	ENFERMERA AUXILIAR	L -	L -	L -	FALLECIO
13	ALBA OSIRIS GIRON PAGUADA	0107-1976-01010	AYUDANTE	L 11,450.43	L 1,431.30	L 10,019.13	
14	ARLETH YADIRA RODRIGUEZ MEDINA	1802-1995-00276	AYUDANTE	L 11,450.43	L 1,431.30	L 10,019.13	
15	LOURDES YAMILETH ACOSTA RODAS	1501-1991-02573	PERSONAL DE ASEO	L 11,450.43	L 1,431.30	L 10,019.13	
16	OMAR GERARDO ROMERO SANCHEZ	1807-1992-01729	PERSONAL DE ASEO	L 11,450.43	L 1,431.30	L 10,019.13	
17	DANIS ARIEL ISAULA BUSTILLO	1801-1995-01420	ENFERMERO AUXILIAR	L 12,600.00	L 1,575.00	L 11,025.00	
<b>TOTAL</b>				<b>L 299,740.30</b>	<b>10450.22</b>	<b>L 289,290.09</b>	



