



SAN FRANCISCO DEL VALLE
OCOTEPEQUE

Municipalidad
San Francisco Del Valle

Telefax.: 2663-3290 *e-mail: municipalidadsfv.ocot@yahoo.com
Ocotepeque, Honduras, C.A.



**CONTRATACIONES DE
AUXILIARES DE ENFERMERIA
EN EMERGENCIA COVID-19
PARA BRIGADAS
DOMICILIARIAS EN COMBATE
Y PREVENCIÓN DEL COVID-19**

**PROGRAMA OPERACION
"FUERZA HONDURAS"
DECRETO EJECUTIVO
PCM-117-2020**

Cultura, Patria y Trabajo



Municipalidad San Francisco Del Valle

Telefax.: 2663-3290 *e-mail: municipalidadsfv.ocot@yahoo.com
Ocatepeque, Honduras, C.A.



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Yo **Walter Javier Pineda** mayor de edad casado hondureño por nacimiento con **Tarjeta de Identidad No. 1411-1985-00041** y de este domicilio actuando en su condición de **Alcalde Municipal** nombrado por la voluntad Soberana del Pueblo Hondureño expresada a través del Sufragio realizadas en las Elecciones Generales del 24 de Noviembre del 2017 y certificada por el **Tribunal Supremo Electoral**, mediante punto único de la sesión extraordinaria celebrada el día 17 de Diciembre de 2017, donde se declara electo en este cargo y por un periodo comprendido de 04 años a partir del 25 de Enero del 2018 por una parte, y por la otra **EL CONTRATANTE MAYRA YADIRA LOPEZ FUENTES** mayor de edad Soltera hondureña **EMFERMERA AUXILIAR** con No. de identidad **1401-1985-01559** y RTN No. **14011985015599**, quien en adelante se denominara como **Contratada** convenimos en celebrar como en efecto celebramos el presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO EN SUS SERVICIOS PROFECIONALES**, en el marco de la operación Presidencial "FUERZA HONDURAS" financiada con el 45 % de Fondos de Transferencia Municipal cuya ejecución está bajo la responsabilidad de **LA MUNICIPALIDAD**, bajo las clausulas y condiciones siguientes:

Cláusula Primera: Objetos del Contrato; NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATANTE, declara que por la naturaleza de los servicios para atender la EMERGENCIA SANITARIA generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de EL CONTRATADO, quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR DE EMFERMERIA**, en los CESAMOS/CESAR del Municipio San Francisco del Valle, Ocatepeque.

Clausula Segunda: DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO, se compromete a realizar las funciones siguientes según su cargo de trabajo.

- 1) Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e ínter consulta, para la coordinación y planificación de actividades a ejecutar durante la semana de trabajo.
- 2) Preclínica en visitas domiciliarias y cuando sea necesario y sea requerido por personas en el CESAMO del Municipio.
- 3) Apoyo en las brigadas médicas diarias, semanales o mensuales según planificación de trabajo en el casco urbano y comunidades asignadas mediante las visitas domiciliarias.
- 4) Ejecutar charlas de concientización sobre temas de bioseguridad a la población mediante las visitas domiciliarias y líderes de las comunidades.
- 5) Revisión de Expedientes para control de tratamientos de COVID-19 u otra enfermedad detectada por el médico general.
- 6) Realizar el llenado correcto de papelería de enfermería y médico.
- 7) Búsqueda de Sintomáticos respiratorios.

Mayra y Lopez



- 8) Control y manejo de sintomáticos respiratorios.
- 9) Búsqueda de pacientes ambulatorios en el casco urbano y comunidades.
- 10) Coordinación con las Unidades de Salud y Fuerza Vivas de las comunidades para la atención de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.
- 11) Tabulación de datos diarios, semanal, mensual, trimestral conjuntamente con personal médico y enfermería.
- 12) Control, manejo y seguimiento de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 en conjunto con el personal médico.
- 13) Brindar Informes diarios, semanales y mensuales a las entidades siguientes: Regios de Salud Departamental, Dirección Municipal de Salud y Municipalidad de San Francisco del Valle, Ocotepeque para requerimientos de pagos y respaldos administrativos.
- 14) Otras funciones afines al área


Clausula Tercera: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: este CONTRATO tendrá una duración de dos (02) meses contados a partir de la firma del mismo **08 de Febrero del año 2021 al 08 de Abril del año 2021**, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes CONTRATANTES, prestando EL CONTRATADO, sus servicios medico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho CONTRATO, finaliza la relación contractual sin responsabilidad de ninguna naturaleza por EL CONTRATANTE.

Clausula Cuarta: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE; se compromete a pagar a EL CONTRATADO por los servicios prestados la cantidad de TRECE MIL QUINIENTOS LEMPIRAS EXACTOS con 00/100 (L. 13,500.00) mensualmente, el monto total de este CONTRATO será cubierto con el aporte del 45 % del Fondo de Transferencia Municipal.

Clausula Quinta: JORNADA DE TRABAJO; será un turno "A" comprendiendo un horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., correspondiendo a ocho horas laborales de Lunes a Viernes, 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.

Clausula Sexta: DEDUCCIONES; EL CONTRATADO, en el caso de no estar suscrito al SAR y de no presentar recibo CAI, se 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 de Impuesto Sobre Renta, se le retendrá del pago total la cantidad de MIL SEISIENTOS OCHENTA Y SIETE LEMPIRAS EXACTOS CON 50/100 (L. 1,687.50).

CLAUSULA SEPTIMA: EL EMPLEADOR conviene en pagar al **TRABAJADOR** el Salario Base con los derechos adquiridos que corresponden al décimo tercero y décimo cuarto mes de salario equivalentes a un dieciséis por ciento (16%) sobre el salario base convenido y una compensación no habitual equivalente al cuatro por ciento (4%) sobre el salario base convenido, valor que equivale al pago de auxilio de cesantía, derecho del cual no gozan los trabajadores acogidos al presente régimen. Esta compensación no habitual será pagada en la misma fecha, frecuencia y


Mayra y Lopez



modalidad en que se pague el Salario Base ya incluida en el valor de la cláusula anterior con los derechos.

CLAUSULA OCTAVA: EL EMPLEADOR se obliga a facilitar al **TRABAJADOR**, los materiales necesarios para que desarrolle sus actividades.

CLAUSULA NOVENA: EL TRABAJADOR tendrá derecho a disfrutar de un día de vacaciones remuneradas por mes trabajado, las cuales se gozarán de común acuerdo con **EL EMPLEADOR**.

Clausula DECIMA: 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 o legal, **EL CONTRATADO** contratara mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos por las coberturas que estime pertinentes durante el periodo del **CONTRATO**. **EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que el **CONTRATADO** o sus dependencias sufrieran o infringieran en persona o en sus bienes

Clausula DECIMA PRIMERA: MODIFICACIONES AL CONTRATO, EL CONTRATO; podrá ser modificado mediante adenda siempre que las partes lo convengan por escrito y conveniente.

Clausula DECIMA SEGUNDA: DE LA RESCISION DEL CONTRATO; tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO**, aceptan las condiciones del presente **CONTRATO**, establecen que el mismo podrá rescindir por las siguientes razones:

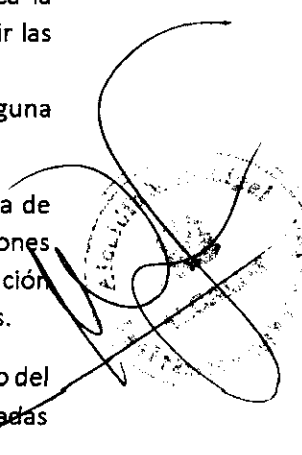
- a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas.
- b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes.
- c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión del **CONTRATO**, sin más compromiso por parte de la Municipalidad de cubrir las cantidades emitidas a la fecha.
- d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la Municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la Municipalidad por las derivaciones de este **CONTRATO**.

Clausula DECIMA TERCERA: 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, código de trabajo, ley de contratación del estado de Honduras, Ley para la Protección del Patrimonio Cultural de la Nación y otras.

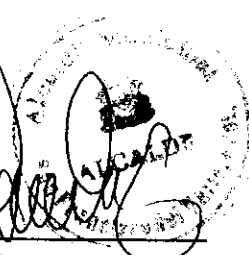
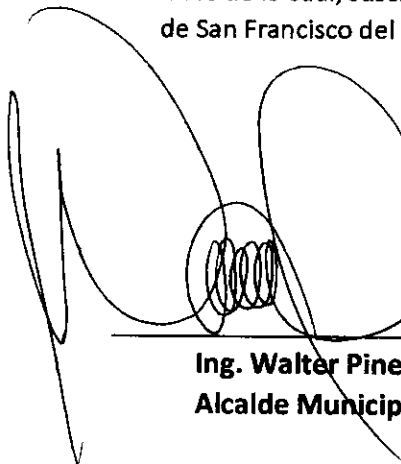
Clausula DECIMA CUARTA: GARANTIA DE CUMPLIMIENTO; Para garantizar el cumplimiento del presente contrato **El Contratado** se someterá a distintas evaluaciones por resultados, realizadas por la **Municipalidad y Región de Salud Departamental**.

Clausula DECIMA QUINTA: Aceptación; ambas partes la **Municipalidad y El Contratado**, declaran que aceptan todas y cada una de las cláusulas del presente contrato por **Servicios Profesionales** y se obligan a cumplirlas fielmente.


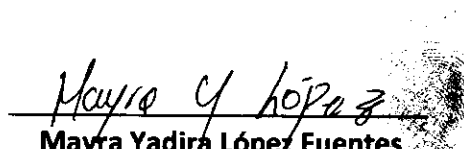
Mayo y Hoj



En fe de lo cual, suscriben el presente contrato, en el Departamento de Ocoatepeque, Municipio de San Francisco del Valle, a los 08 días del mes de Febrero del 2021.



Ing. Walter Pineda
Alcalde Municipal



Mayra Yadira López Fuentes
Enfermera Auxiliar

Cc. Corporación Municipal
Cc. Administración Municipal
Cc. Auditoría Interna

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 0401

MAYRA YADIRA / LOPEZ FUENTES
1401-1985-01559


REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

MAYRA YADIRA / LOPEZ FUENTES



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL : 19 NOVIEMBRE 1985
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 06 JUNIO 2013

1401-1985-01559


04580608-03

DATOS PERSONALES

Nombre Completo:	Mayra Yadira López Fuentes
N. de identidad:	1401-1985-01559
Nacionalidad:	Hondureña
Estado Civil:	Soltera
Domicilio:	San Francisco del Valle, Ocotepeque
Lugar y Fecha de Nac:	Ocotepeque, Nueva Ocotepeque 19/11/1985
Edad:	33 Años
Teléfono:	8812- 2917/2663-3098

ESTUDIOS REALIZADOS

Educación Primaria:	Escuela Dr. Virgilio Rodezno
Educación Secundaria:	Ciclo Básico Instituto Jesús España Milla Selva
Título Obtenido:	Auxiliar de Enfermería Instituto CAE

EXPERIENCIAS LABORALES

- Practicas Modulares Realizadas
- Hospital de Gracias Lempira
- Hospital de Área San Marcos
- CESAMO Quimistan Santa Barbará
- CESAMO San Marcos

CAPACITACIONES RECIBIDAS

- Anatomía Humana
- Primeros Auxilios
- CONE
- Herramientas de Tomas de Decisiones de Planificación Familiar
- Violencia con Enfoque de Genero
- COVID-19

EXPERIENCIA LABORAL

Enfermera auxiliar en el hospital de area de San marcos Ocotepeque en sala de labor y parto sala medicina general sala de recuperación y en sala de pediatría.

RECOMENDACIONES

Ingeniero Walter Javier Pineda

Cel. 992374

Alcalde Municipal de San Francisco del Valle

Lic. Carmen Deras

Cel. 98 -59-56-14

Jefa de Sala de Cirugía, Hospital San Marcos

Profesor Román Villeda

Cel. 99-95-33-45

Diputado Ocotepeque

Lic. Fredy Coto

Cel. 98-24-91-59



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 DEPARTAMENTO CIENCIAS MORFOLOGICAS

Otorga el Presente
Certificado de Participación

A: Mayra Yadira López Fuentes

Por Haber Finalizado Satisfactoriamente el curso Técnico en Anatomía Humana Macroscópica Renovando sus Conocimientos con Participación Activa Durante el Desarrollo del Programa de Capacitación.

Duración: 16 Horas

*Tegucigalpa, M.D.C., 16 de Diciembre del 2008
 Honduras, Centro América*



Oscar Andrao
 Instructor - Tanatólogo



Dr. Ramón Sosa
 Jefe del Departamento
 Ciencias Morfológicas

Juan C. Enriquez
 Docente - facilitador
 Catedrático Universitario





Neutralidad y Servicio

Unidad de Capacitación Técnica
Filial 12

Otorga el Presente

Certificado de Participación

A:

Mayra Yadira López Fuentes

Por haber aprobado el Curso Básico de **Primeros Auxilios** satisfactoriamente completando la cantidad de horas clase contenidas en el mismo como beneficio a la suscripción del

"Programa de Entrenamiento Especializado"

Duración: 20 horas

Ocupando la ciudad de Santa Rosa de Copán, Honduras, C.A., a los 25 días del mes de mayo del 2008



Unidad de Capacitación Técnica
Coordinación e Instructoria



[Signature]
Cruz Roja Hondureña
Facilitador





El Comité de Apoyo y Comité Interno del
Hospital Departamental de San Marcos
Ocotepaque

Otorga el Presente

Reconocimiento

A: Mayra Yadira Lopez Fuentes

*Por: Servicios prestados durante el 2013 como
Enfermera Auxiliar de proyecto de salud
Mesoamerica 2015.*



Dra. Luisa Jackeline Mata
Presidente
COAHSMO



Dra. Doris Leticia Gutierrez
Directora
Hospital San Marcos



REPUBLICA DE HONDURAS
SECRETARIA DE EDUCACION
DIRECCION DEPARTAMENTAL DE EDUCACION



DEPARTAMENTO DE: **OCOTEPEQUE**

Promoción: *Maestra Maria del Pilar Salinas*

DIPLOMA DE ESTUDIOS FINALES

Director (a) de la Escuela **Urbana Mixta "Dr. Virgilio Rodezno"**

de San Francisco del Valle San Francisco del Valle Ocotepique
Lugar Municipio Departamento

POR CUANTO: **MAYRA YADIRA LOPEZ FUENTES**

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. 480

San Francisco del Valle, Ocotepique 30 de Noviembre de 199 7



[Signature]
DIRECTOR(A) ESCUELA

[Signature]
MAESTRO DE GRADO



[Signature]
DIRECTOR DEPTAL. DE EDUCACION



Se otorga Diploma a:

MAYRA YADIRA LOPEZ

Como reconocimiento a su participación en la “Escuela de violencia con enfoque de Genero” con una duración de tres días en el marco del proyecto “ SEGURIDAD ALIMENTARIA, MANEJO DE RECURSOS HIDRICOS Y FORESTALES Y MEJORA DE LA PRODUCTIVIDAD AGRICOLA Y DE LA COMERCIALIZACION, CON ENFOQUE TERRITORIAL Y FOMENTANDO LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL EN HONDURAS ”

Con una duración de 3 días Proyecto Financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo/ AECID.

Otorgado en la ciudad de San Francisco del Valle a los 25 días del mes de junio del 2018.

Lic. Fany A. Lara
Fundación COPADE



Lic. María Elena Canales V.
Fundación COPADE





REPUBLICA DE HONDURAS
 SECRETARIA DE SALUD
 SUB - SECRETARIA DE POLÍTICA SECTORIAL
 DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

El Centro de Adiestramiento en Enfermería CAE
II Promoción de Auxiliares en Enfermería
 Licda. Doris Portillo



Extiende el presente

Certificado

A: Mayra Vadira López Fuentes

POR HABER FINALIZADO Y APROBADO SATISFACTORIAMENTE
 SUS ESTUDIOS TEORICO-PRACTICOS QUE LE ACREDITAN COMO:

AUXILIAR DE ENFERMERIA II

REALIZADO DICHO PROCESO DE FORMACION DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO
 DEL 05 DE ENERO DEL AÑO 2008 AL 21 DE FEBRERO DEL AÑO 2010

Otorgado en la ciudad de Santa Rosa de Copán, Copán
 a los veinte y siete días del mes de Febrero del año 2010
 Honduras, Centro América.

Secretario de Salud

Jefe del departamento de Desarrollo
 de Recursos Humanos

Director Ejecutivo CAE

Directora Académica CAE



Enfermería

DIRECCION TECNICA DE RECURSOS HUMANOS

Diploma de: **Auxiliar de Enfermería II**

Extendido a favor de: Mayra Yadira López Fuentes

El día 27 del mes Febrero Año 2010

Registro No. 22572 Folio 420 Tomo: 8


Firma del Jefe de la Dirección
Técnica de Recursos Humanos





CENTRO DE ADIESTRAMIENTO DE ENFERMERIA CAE,
BARRIO SANTA TERESA, CONTIGUO A SOCIEDAD COPANECA DE
OBREROS, SANTA ROSA COPAN.
TEL. 662 - 63 -01 Y 662 - 63 - 02

CONSTANCIA DE EGRESADO

La suscrita Directora Académica Regional del Centro de Adiestramiento de Enfermería CAE, por medio de la presente Hace constar que: **Mayra Yadira López** Curso y aprobó todos los módulos establecidos en el plan de estudio de la carrera de auxiliar de Enfermería, así como el servicio social satisfactoriamente. Según consta en la certificación de estudio extendida por registro Académicos de la Región de Santa Rosa Copan.

Para fines que al interesado le convenga se le extiende la presente a los 3 días del mes de Febrero de 2010.



Lic. Doris Marlene Portillo
Directora Académica Regional CAE

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

MAYRA YADIRA / LOPEZ FUENTES



HONDUREÑA POR : NACIMIENTO
NACIO EL : 19 NOVIEMBRE 1985
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 06 JUNIO 2013

1401-1985-01559



04580808-03

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 0401

MAYRA YADIRA / LOPEZ FUENTES
1401-1985-01559



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

RTN: 14011985015599

MAYRA YADIRA LOPEZ FUENTES
Nombre o Razón Social

Inscripciones	
Ventas-Selectivo	Productores Importadores de Cigarrillos
Importador	Productores Alcoholes Licores
Exportador	Distribuidor Alcoholes Licores
Imprentas	Importador Alcoholes Licores
Prestamista	

Fecha de Emisión: 20150128

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° 26880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 16 de Enero de 1973.



Ministra Directora



Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI 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 DEI-412- 1798799

Transacción: AAAB2B

Carta de recomendación laboral

San Francisco del Valle
08/08/2020

Por medio de la presente reciba un cordial y respetuoso saludo, así mismo deseando éxitos en sus labores diarias.

Atreves de este medio deseo hacer de su conocimiento que la Sr. Maira Yadira López con numero de identidad 1401-1985-01559, quien labora a partir del año 2009 hasta la fecha del 2020, ha demostrado su capacidad de cumplir su trabajo actuando como una persona, responsable, comprometida con sus labores asignados. Siempre ha manifestado su desempeño por mejorar en el ámbito de trabajo y personal. Durante estos años se ha desempeñado en las salas de Labor y Parto, Sala de Operaciones y Pediatría en el Hospital Área de San Marcos, actualmente en sala de Covid-19.

Por lo anterior no tengo inconveniente ninguno en recomendarlo ampliamente, agradeciendo de antemano la atención y facilidades que le pueda brindar

Sin más nada a que referirme, y esperando que esta misiva sea tomada en cuenta.

Lic. Leyli Gómez

Firma

Cel: 98 34 - 50 37



Carta de recomendación laboral

San Francisco del Valle


08/08/2020

Por medio de la presente reciba un cordial y respetuoso saludo, así mismo deseando éxitos en sus labores diarias.

Atraves de este medio deseo hacer de su conocimiento que la Sr. Maira Yadira López con numero de identidad 1401-1985-01559, quien labora a partir del año 2009 hasta la fecha del 2020, ha demostrado su capacidad de cumplir su trabajo actuando como una persona, responsable, comprometida con sus labores asignados. Siempre ha manifestado su desempeño por mejorar en el ámbito de trabajo y personal. Durante estos años se ha desempeñado en las salas de Labor y Parto, Sala de Operaciones y Pediatría en el Hospital Área de San Marcos, actualmente en sala de Covid-19.

Por lo anterior no tengo inconveniente ninguno en recomendarlo ampliamente, agradeciendo de antemano la atención y facilidades que le pueda brindar

Sin más nada a que referirme, y esperando que esta misiva sea tomada en cuenta.


Dr. Carlos O. Padilla
Firma



cel 33427645

Carta de recomendación laboral

San Francisco del Valle

08/08/2020

Por medio de la presente reciba un cordial y respetuoso saludo, así mismo deseando éxitos en sus labores diarias.

Atraves de este medio deseo hacer de su conocimiento que la Sr. Maira Yadira López con numero de identidad 1401-1985-01559, quien labora a partir del año 2009 hasta la fecha del 2020, ha demostrado su capacidad de cumplir su trabajo actuando como una persona, responsable, comprometida con sus labores asignados. Siempre ha manifestado su desempeño por mejorar en el ámbito de trabajo y personal. Durante estos años se ha desempeñado en las salas de Labor y Parto, Sala de Operaciones y Pediatría en el Hospital Área de San Marcos, actualmente en sala de Covid-19.

Por lo anterior no tengo inconveniente ninguno en recomendarlo ampliamente, agradeciendo de antemano la atención y facilidades que le pueda brindar

Sin más nada a que referirme, y esperando que esta misiva sea tomada en cuenta.

Lic Wendy Yamileth Ordonez

Firma

Cel: 96998387





SAN FRANCISCO DEL VALLE
OCOTEPEQUE

Municipalidad San Francisco Del Valle

Telefax.: 2663-3290 *e-mail: municipalidadsfv.ocot@yahoo.com
Ocatepeque, Honduras, C.A.



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Yo **Walter Javier Pineda** mayor de edad casado hondureño por nacimiento con **Tarjeta de Identidad No. 1411-1985-00041** y de este domicilio actuando en su condición de **Alcalde Municipal** nombrado por la voluntad Soberana del Pueblo Hondureño expresada a través del Sufragio realizadas en las Elecciones Generales del 24 de Noviembre del 2017 y certificada por el **Tribunal Supremo Electoral**, mediante punto único de la sesión extraordinaria celebrada el día 17 de Diciembre de 2017, donde se declara electo en este cargo y por un periodo comprendido de 04 años a partir del 25 de Enero del 2018 por una parte, y por la otra **EL CONTRATANTE JULISSA ELIONORA ESCOBAR** mayor de edad Soltera hondureña **EMFERMERA AUXILIAR** con No. de identidad **1411-1993-00129** y RTN No. **14111993001290**, quien en adelante se denominara como **Contratada** convenimos en celebrar como en efecto celebramos el presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO EN SUS SERVICIOS PROFESIONALES**, en el marco de la operación Presidencial "FUERZA HONDURAS" financiada con el 45 % de Fondos de Transferencia Municipal cuya ejecución está bajo la responsabilidad de **LA MUNICIPALIDAD**, bajo las clausulas y condiciones siguientes:

Clausula Primera: Objetos del Contrato; NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATANTE, declara que por la naturaleza de los servicios para atender la EMEGENCIA SANITARIA generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de EL CONTRATADO, quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR DE EMFERMERIA**, en los CESAMOS/CESAR del Municipio San Francisco del Valle, Ocatepeque.

Clausula Segunda: DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO, se compromete a realizar las funciones siguientes según su cargo de trabajo.

- 1) Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e ínter consulta, para la coordinación y planificación de actividades a ejecutar durante la semana de trabajo.
- 2) Preclínica en visitas domiciliarias y cuando sea necesario y sea requerido por personas en el CESAMO del Municipio.
- 3) Apoyo en las brigadas médicas diarias, semanales o mensuales según planificación de trabajo en el casco urbano y comunidades asignadas mediante las visitas domiciliarias.
- 4) Ejecutar charlas de concientización sobre temas de bioseguridad a la población mediante las visitas domiciliarias y líderes de las comunidades.
- 5) Revisión de Expedientes para control de tratamientos de COVID-19 u otra enfermedad detectada por el médico general.
- 6) Realizar el llenado correcto de papelería de enfermería y médico.
- 7) Búsqueda de Sintomáticos respiratorios.

- 8) Control y manejo de sintomáticos respiratorios.
- 9) Búsqueda de pacientes ambulatorios en el casco urbano y comunidades.
- 10) Coordinación con las Unidades de Salud y Fuerza Vivas de las comunidades para la atención de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.
- 11) Tabulación de datos diarios, semanal, mensual, trimestral conjuntamente con personal médico y enfermería.
- 12) Control, manejo y seguimiento de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 en conjunto con el personal médico.
- 13) Brindar Informes diarios, semanales y mensuales a las entidades siguientes: Regios de Salud Departamental, Dirección Municipal de Salud y Municipalidad de San Francisco del Valle, Ocotepeque para requerimientos de pagos y respaldos administrativos.
- 14) Otras funciones afines al área

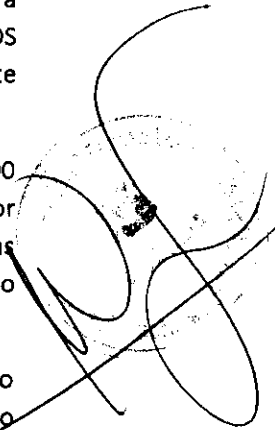
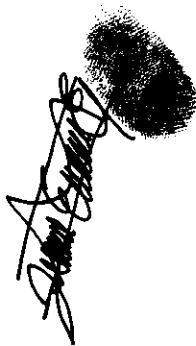
Clausula Tercera: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: este CONTRATO tendrá una duración de dos (02) meses contados a partir de la firma del mismo **08 de Febrero del año 2021 al 08 de Abril del año 2021**, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes CONTRATANTES, prestando EL CONTRATADO, sus servicios medico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho CONTRATO, finaliza la relación contractual sin responsabilidad de ninguna naturaleza por EL CONTRATANTE.

Clausula Cuarta: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE; se compromete a pagar a EL CONTRATADO por los servicios prestados la cantidad de TRECE MIL QUINIENTOS LEMPIRAS EXACTOS con 00/100 (L. 13,500.00) mensualmente, el monto total de este CONTRATO será cubierto con el aporte del 45 % del Fondo de Transferencia Municipal.

Clausula Quinta: JORNADA DE TRABAJO; será un turno "A" comprendiendo un horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., correspondiendo a ocho horas laborales de Lunes a Viernes, 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.

Clausula Sexta: DEDUCCIONES; EL CONTRATADO, en el caso de no estar suscrito al SAR y de no presentar recibo CAI, se 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 de Impuesto Sobre Renta, se le retendrá del pago total la cantidad de MIL SEISIENTOS OCHENTA Y SIETE LEMPIRAS EXACTOS CON 50/100 (L. 1,687.50).

CLAUSULA SEPTIMA: EL EMPLEADOR conviene en pagar al **TRABAJADOR** el Salario Base con los derechos adquiridos que corresponden al décimo tercero y décimo cuarto mes de salario equivalentes a un dieciséis por ciento (16%) sobre el salario base convenido y una compensación no habitual equivalente al cuatro por ciento (4%) sobre el salario base convenido, valor que equivale al pago de auxilio de cesantía, derecho del cual no gozan los trabajadores acogidos al presente régimen. Esta compensación no habitual será pagada en la misma fecha, frecuencia y



modalidad en que se pague el Salario Base ya incluida en el valor de la cláusula anterior con los derechos.

CLAUSULA OCTAVA: EL EMPLEADOR se obliga a facilitar al **TRABAJADOR**, los materiales necesarios para que desarrolle sus actividades.

CLAUSULA NOVENA: EL TRABAJADOR tendrá derecho a disfrutar de un día de vacaciones remuneradas por mes trabajado, las cuales se gozarán de común acuerdo con **EL EMPLEADOR**.

Clausula DECIMA: 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 o legal, **EL CONTRATADO** contratara mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos por las coberturas que estime pertinentes durante el periodo del **CONTRATO**. **EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que el **CONTRATADO** o sus dependencias sufrieran o infringieran en persona o en sus bienes

Clausula DECIMA PRIMERA: MODIFICACIONES AL CONTRATO, EL CONTRATO; podrá ser modificado mediante adenda siempre que las partes lo convengan por escrito y conveniente.

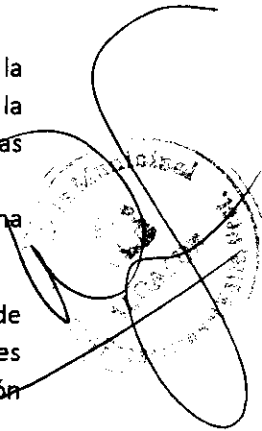
Clausula DECIMA SEGUNDA: DE LA RESCISION DEL CONTRATO; tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO**, aceptan las condiciones del presente **CONTRATO**, establecen que el *mismo* podrá rescindir por las siguientes razones:

- 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 gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión del **CONTRATO**, sin más compromiso por parte de la Municipalidad de cubrir las cantidades emitidas a la fecha.
- d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la Municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la Municipalidad por las derivaciones de este **CONTRATO**.


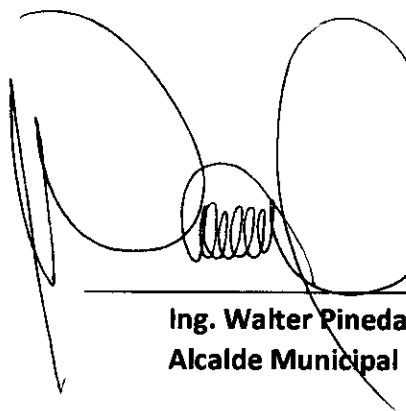
Clausula DECIMA TERCERA: TODO LO NO PREVISTO; en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país, código de trabajo, ley de contratación del estado de Honduras, Ley para la Protección del Patrimonio Cultural de la Nación y otras.

Clausula DECIMA CUARTA: GARANTIA DE CUMPLIMIENTO; Para garantizar el cumplimiento del presente contrato **El Contratado** se someterá a distintas evaluaciones por resultados, realizadas por la **Municipalidad y Región de Salud Departamental**.

Clausula DECIMA QUINTA: Aceptación; ambas partes la **Municipalidad y El Contratado**, declaran que aceptan todas y cada una de las cláusulas del presente contrato por **Servicios Profesionales** y se obligan a cumplirlas fielmente.



En fe de lo cual, suscriben el presente contrato, en el Departamento de Ocoatepeque, Municipio de San Francisco del Valle, a los 08 días del mes de Febrero del año 2021.



Ing. Walter Pineda
Alcalde Municipal



Julissa Elionora Escobar
Enfermera Auxiliar

Cc. Corporación Municipal
Cc. Administración Municipal
Cc. Auditoría Interna



Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocotepeque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

3 Identidad

 **REPUBLICA DE HONDURAS**
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

JULISSA ELIONORA / ESCOBAR



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 23 SEPTIEMBRE 1992
SEXO FEMENINO
EXPIROA EL 01 FEBRERO 2017

1411-1993-00129 
16250170-01

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 RNP



SOLICITADA EN 1411

JULISSA ELIONORA / ESCOBAR
1411-1993-00129

CURRICULUM PROFESIONAL



A/E. JULISSA ELIONORA ESCOBAR

CEL: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

SAN FRANCISCO DEL VALLE, OCOTEPEQUE.

Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocotepeque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

Julissa Elionora Escobar

I. DATOS PERSONALES



Nombre completo: Julissa Elionora Escobar.

Número de identidad: 1411-1993-00129

Lugar de Residencia: San Francisco del Valle Ocotepeque.

Fecha de nacimiento: 23 de Septiembre de 1992

Lugar de nacimiento: San Francisco del Valle Ocotepeque.

Estado civil: Soltera

Hijos: 1

Edad: 27 años

II. EXPERIENCIA LABORAL

2016-2017 TIENDAS SAMARA

- Atención al cliente.
- Manejo de Caja.

2017 PRACTICA DE MÓDULO PROPEDÉUTICO CON UNA DURACIÓN DE CINCO MESES EN HASMO Y CIS SAN MARCOS DE OCOTEPEQUE Y HOSPITAL DE OCCIDENTE Y POLICLÍNICO SANTA ROSA DE COPÁN.

- MODULO I: Principios y técnicas básicas para el auxiliar de enfermería
- MODULO II: Acciones de enfermería antes urgencias y emergencias.
- MODULO III: Atención primaria en salud.
- MODULO IV: Atención integral a la mujer.
- MODULO V: Atención integral al niño, niña y adolescente.
- MODULO VI: Atención integral al adulto y adulto mayor.
- MODULO VII: Administración de servicio de salud.

Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocoatepeque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

2019- 2020.PRACTICA PROFESIONA DE SERVICIO SOCIAL EN ENFERMERIA CON UNA DURACIÓN DE UN AÑO EN CIS SAN MARCOS DE OCOTEPEQUE.

- PAI; Vacunas y Papeleo
- FARMACIA; Entrega y conteo de medicamento.
- PRE-CLINICA; Toma de signos vitales y archivo.
- CURACIONES E INYECCIONES; Curación de heridas, sutura de heridas, aplicación de inyecciones y planificación familiar.
- CONSULTA EXTERNA.

III. DATOS ACADÉMICOS

Pre-grado

Auxiliar en Enfermería.

2016-2020 100% de clases aprobadas, TITULO EN PROCESO.

CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA "CAAE"

Campus "Santa Rosa de Copan"

Secundaria

Bachiller Técnico Agroindustrial.

2008-2011.

Instituto Técnico ING. Luis Rigoberto Santos.

San Francisco del valle Ocoatepeque.

Plan Básico

Ciclo Común

2005-2007

Instituto Técnico ING. Luis Rigoberto Santos.

San Francisco del valle Ocoatepeque.

Primaria

Años escolares básicos

1999-2004

Escuela Urbana Mixta DR. Virgilio Rodezno.

San Francisco del valle Ocoatepeque.

Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocotepeque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

IV. TALLERES Y DIPLOMADOS

1. TALLER BÁSICO (TEÓRICO- PRÁCTICO) PRIMEROS AUXILIOS.

Otorgado por la Cruz Roja Hondureña.

Con una duración de 16 horas, 18 y 19 de noviembre del 2017.

2. TALLER TEÓRICO PRACTICO DE CUIDADOS OBSTÉTRICOS NEONATALES ESENCIALES (CONE)

Otorgado por (CAE) Santa Rosa de Copán.

Con una duración de 16 horas, 16 y 17 de junio del 2018.

3. TALLER DE AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA SATISFACION DEL USUARIO.

Otorgado por (CAE) en Siguatepeque.

Con una duración de 16 horas, 23 y 24 de junio del 2018.

2017

V RECONOCIMIENTOS

RECONOCIMIENTO

1. En honor al mérito módulo propedéutico de la carrera auxiliar de enfermería, primer lugar, en CAE Santa Rosa de Copán el día 13 de mayo del 2017.

RECONOCIMIENTO.

2. Brigada médica de Fuerzas Armadas de Honduras en trinidad Copán, con una duración de ocho horas, el día 20 de julio del 2017.

RECONOCIMIENTO

3. Por excelencia académica región copan en la carrera auxiliar de enfermería, en el lugar de Siguatepeque 23 y 24 de junio del 2018.

Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocotepeque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

RECONOCIMIENTO.

4. *En honor al mérito 1er lugar del módulo Propedéutico hasta el modulo V, de la carrera Auxiliar en enfermera, en Santa Rosa de Copán, el día 16 de diciembre del 2018.*

RECONOCIMIENTO

5. Asistencia a la brigada médica Cívico Militar en San Marcos de Ocotepeque, el día 16 de mayo del 2018.

VI. INTERESES PERSONALES

Mi principal objetivo es ejercer mi carrera y crecer personal y profesionalmente, dando continuidad a los conocimientos adquiridos para brindar un servicio de calidad al usuario, que me permita continuar mi formación profesional dentro de un equipo de trabajo.

VII. CAPACIDADES Y HABILIDADES

- Trabajo en equipo
 - Buenas relaciones interpersonales.
 - Manejo de grupo
 - Trabajo en grupos sociales.
 - Dinámica.
 - Liderazgo
 - Capacidad de análisis
 - Trabajo bajo presión.
 - Resolución de problemas
 - Capacidad de organización.
 - Responsabilidad
 - Puntualidad.
-

Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocoatepeque.
Cel: 9741-2335
E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

VIII. REFERENCIAS PERSONALES

Dr. Byron Maldonado
Doctor en el Hospital San Marcos de Ocoatepeque.
Teléfono: 8947-2070

Dr. Franklin sierra
Doctor en el CIS San Marcos de Ocoatepeque.
Teléfono: 8902-3214

Dr. Alexander Dicunta.
Doctor en el Césamo San Francisco del valle Ocoatepeque.
Teléfono: 9550- 0294

Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocoatepeque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

ANEXOS

Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocotepeque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

1. Pre-Grado

1.1 AUXILIAR EN ENFERMERIA.

CONSTANCIA

TITULO EN PROCESO.

SECRETARÍA DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE SALUD
REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE OCOTEPEQUE
ÁREA DE SALUD SAN MARCOS TEL. 2663-4252

Centro Integral de Salud San Marcos de Ocotepeque
01 de Abril del 2020.

Constancia.

Yo: Denia Maribel Garcia mayor de edad con numero de identidad: 1413-1972-00116, Licenciada en Enfermería en pleno ejercicio de mis acciones como supervisora de Red/Municipio San Marcos de Ocotepeque. Hago constar que conozco personalmente a la Auxiliar de Enfermera: Julissa Elionora Escobar mayor de edad con número de identidad: 1411-1993-00129, persona que realizo su servicio social en el Centro Integral de Salud de San Marcos de Ocotepeque de un manera honrada, con buenos principios, respetable, eficaz con iniciativa e integrad con todas las obligaciones que se le asignen, pudiéndose desempeñar en cualquier actividad de su profesión.

Para los fines que convenga, se extiende esta constancia a los un día del mes de abril del 2020 en San Marcos de Ocotepeque.

Licenciada Denia Maribel Garcia
Supervisora de Red/Municipio San Marcos de Ocotepeque

GOBIERNO "POR UNA VIDA MEJOR"

Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocotepeque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

2. Secundaria

2.2 Bachillerato Tencino agroindustrial

República de Honduras
Secretaría de Educación

Promoción

"Lucila Gamero de Medina"

Instituto Técnico "Ing. Luis Rigoberto Santos" de
San Francisco del Valle Departamento Ocotepeque

Por Cuanto: Le confiere a
Julissa Elionora Escobar
BACHILLER TECNICO AGROINDUSTRIAL

El Grado de
El día 17 del mes de Noviembre de dos mil Once
En virtud de haber realizado los estudios que establece la Ley y obtenida la aprobación en el Examen General.

El (La) Secretario(a) de Instituto Técnico "Ing. Luis Rigoberto Santos" deja constancia de haber
registrado este Título bajo el N.º 77 Folio 39 del libro N.º 01 el día 17 de
Noviembre de 2011

El (La) Secretario(a) de la Dirección Departamental de Educación de
deja constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N.º 7372 Año 2011 Fecha de
aprobación 14 de Noviembre de 2011 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N.º
01 Reg. 8041 Folio 287
Lugar y Fecha Ocotepeque, 25 de Noviembre de 2011

Por Tanto:

El Secretario de Estado en el Despacho de Educación a través de la Dirección Departamental de Educación de
Ocotepeque 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 TECNICO AGROINDUSTRIAL

Para que sea habido y tenido por tal y goce de los derechos que le corresponden
Dado en Ocotepeque el día 25 del mes de Noviembre de dos mil once

Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocotepaque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

0014825



27 MAYO 2011

Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocotepeque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

3 Identidad



Barrio el Arrayan, San Francisco del Valle, Ocoatepeque.

Cel: 9741-2335

E-MAIL: juli_castillo@yahoo.com

4. Diplomas y Reconocimientos



DIRECCION ACADEMICA NACIONAL
UNIDAD TECNICA EDUCATIVA
CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA CAE
REGION SANTA ROSA DE COPÁN


DIPLOMA DE HONOR


AL MERITO:

A: **JULISSA ELIONORA ESCOBAR.**

Por su excelente y destacado desempeño, y por haber obtenido el 96.4 % de indice academico en aprovechamiento del Grupo "A" 2017 desde el Modulo Propedeutico hasta el Modulo II de la Carrera de Auxiliar en Enfermeria, acreditandola como PRIMER LUGAR de su Grupo.


Licda. Doris Portillo
Docente del Grupo
C.A.E Santa Rosa de Copán


Licda. Santos Urrea Villeda
Docente
C.A.E Santa Rosa de Copán


Licda. Doris Portillo
Directora Académica Regional
C.A.E. Santa Rosa de Copán



DIRECCION ACADEMICA NACIONAL
UNIDAD TECNICA EDUCATIVA
CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA CAE
REGION SANTA ROSA DE COPÁN

DIPLOMA DE HONOR

AL MERITO:

A: JULISSA ELIONARA ESCOBAR

Por su excelente y destacado desempeño, y por haber obtenido el **97 %** de indice academico en aprovechamiento del **Grupo "A 2017"** en el **Modulo Propedeutico** de la Carrera de Auxiliar en Enfermeria, acreditandola como **PRIMER LUGAR** de su Grupo.

Santa Rosa de Copán, Copán 13 de Mayo del 2017.


Licda. Doris Marlene Portillo
Docente del Grupo
C.A.E Santa Rosa de Copán


Licda. Doris Portillo
Directora Académica Regional
C.A.E. Santa Rosa de Copán




• Licda. Alba Regalado
Directora Academica Nacional
C.A.E





FUERZAS ARMADAS DE HONDURAS
EJÉRCITO
CENTÉSIMA VIGÉSIMA BRIGADA DE INFANTERÍA
DECIMO SEGUNDO BATALLON DE INFANTERIA



*El señor Comandante del Decimo Segundo Batallón
de Infantería confiere el presente:*

DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO

AL : AUX. DE ENFERMERIA EN SERVICIO SOCIAL JULISSA ESCOBAR

Por su valioso apoyo a la salud y desarrollo social de la población de occidente, a través de su profesionalismo y participación en la brigada médica desarrollada en el municipio de Trinidad Copán.

Extendido en el municipio de Trinidad Copán, a los veinte días del mes de julio del dos mil diez y siete.



CORONEL DE INFANTERIA D.E.M.
NORMAN ORLANDO BUSTILLO LANZA
COMANDANTE



Cruz Roja
Hondureña

DIRECCION ACADEMICA NACIONAL
UNIDAD TECNICA EDUCATIVA
CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA CAE
REGION SANTA ROSA DE COPÁN



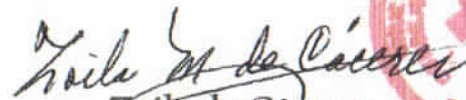
DIPLOMA

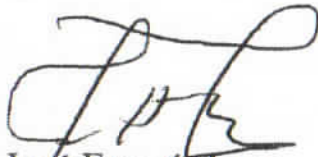
A: **Julissa Elionora Escobar**

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

Santa Rosa de Copán, Copán 18 y 19 de noviembre 2017


Lidia Doris Portillo
Directora Académica
C.A.E. Santa Rosa


Zoila de Cáceres
Presidenta Cruz Roja Hondureña
Santa Rosa de Copán


José Francis Lara
CENACAPT
Cruz Roja Hondureña



**Fuerzas Armadas de Honduras
Ejercito
120 Brigada de Infantería
Séptimo Batallón de Infantería
Fuerte San Rafael de las Mataras
Cucuyagua, Copán**

DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO

A: EST. ENF. JULISSA ESCOBAR

*Por su valioso apoyo en la ejecución de la Brigada Médica Cívico Militar,
Realizada en el Municipio de San Marcos, Ocotepeque.
Dado a los diecisiete días del mes de mayo del año 2018.*



**Cnel. de Inf. D.E.M.
Mario Fernando Varela Rodríguez
Comandante 7 B.I.
EHO-2295**



**Perito Mercantil
Alexander Ramírez
Alcalde Municipal
San Marcos Ocotepeque**



DIRECCION ACADEMICA NACIONAL
UNIDAD TECNICA EDUCATIVA
CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA CAE
REGION SANTA ROSA DE COPAN.

Diploma de Reconocimiento Especial


A: Julissa Elionora Escobar.

POR HABER PARTICIPADO EN EL MODULO Y EN EL TALLER TEORICO-PRACTICO DE:
CUIDADOS OBSTETRICOS NEONATALES ESENCIALES (CONE) Y SUS
CORRESPONDIENTES PRACTICAS CON APROVECHAMIENTO, DEMOSTRANDO LA CAPACIDAD Y
COMPETENCIA NECESARIA PARA DESENVOLVERSE CON ÉXITO EN SITUACIONES
QUE LO REQUIERAN.


EXTENDIDO EN LA CIUDAD DE SANTA ROSA DE COPAN, COPAN, HONDURAS, C.A
A LOS 16 DIAS DEL MES DE JUNIO 2018.


LIC. JORGE ALBERTO BENITEZ
DOCENTE DEL GRUPO
CAE SANTA ROSA DE COPAN.




LIC. DORIS MARLENE PORTIELLO
DIRECTORA ACADEMICA REGIONAL
CAE SANTA ROSA DE COPAN




LIC. SANTOS URREA VILLEDA
DOCENTE SUPERVISORA
HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ





DIRECCIÓN ACADÉMICA NACIONAL
UNIDAD TÉCNICA EDUCATIVA
CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERÍA C.A.E.



GOBIERNO DE LA
REPUBLICA HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD

Diploma

A:

Julissa Elionora Escobar

Excelencia Académica, Región Copán: con un 95.4%

Siguatepeque, 23 y 24 de Junio del 2018.

Wendy Villalón
Licda. Wendy Villalón
Directora Ejecutiva
C.A.E.



Alba Regalado
Licda. Alba Regalado
Directora Académica
Nacional C.A.E.






DIRECCION ACADEMICA NACIONAL
UNIDAD TECNICA EDUCATIVA
CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA CAE
REGION SANTA ROSA DE COPÁN


**DIPLOMA DE HONOR
AL MERITO:**


A: JULISSA ELIONORA ESCOBAR

Por su excelente y destacado desempeño, y por haber obtenido el **94.7%** de indice academico en aprovechamiento del **Grupo "A" 2017** desde el Modulo Propedeutico hasta el Modulo V de la Carrera de Auxiliar en Enfermeria, acreditandola como **PRIMER LUGAR** de su Grupo.

Santa Rosa de Copán, Copán 16 de Diciembre del 2018.


Licda. Santos Urrea Villeda
Docente de apoyo
C.A.E Santa Rosa de Copán


Licdo. Jorge Alberto Benitez
Docente de apoyo
C.A.E Santa Rosa de Copán


Licda. Doris Portillo
Directora Académica Regional
C.A.E. Santa Rosa de Copán



**CENTRO DE ADIESTRAMIENTO EN ENFERMERIA
(CAE),**

**BARRIO SANTA TERESA, CONTIGUO A LA SOCIEDAD COPANECA DE
OBREROS, SANTA ROSA DE COPAN, HONDURAS, C.A.**

TEL.2662-6301 Y 9456-0816

RTN: 08019006045316

CONSTANCIA

La suscrita directora académica regional del Centro de Adiestramiento en Enfermería CAE, por medio de la presente hace constar que: **JULISSA ELIONORA ESCOBAR** con identidad número **1411-1993-00129** es egresada de esta institución educativa cursando y aprobando todos los módulos establecidos en el plan de estudio de la carrera de auxiliar de enfermería y su servicio social satisfactoriamente según lo estipula la secretaria de salud.

Y para fines que al interesado le convenga se extiende la presente a los 14 Días del Mes de Marzo del 2020.


Lic. Doris Portillo
Directora Académica Regional
CAE Santa Rosa de Copan



CC. Archivo

**SOMOS UNA INSTITUCION AVALADA Y CERTIFICADA POR LA
SECRETARIA DE SALUD.**



República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 08/03/2018

RTN: 14111993001290

JULISSA ELIONORA ESCOBAR
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. 9 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.


Ministra Directora


Ministerio de Hacienda y Crédito Público


Agencia al Cumplimiento

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- 2861970

Transacción: 686593

RTN Numérico:

13071993001332

Identificación:

1307199300133

Nombre:

BLANCA JOBITA, MEJIA LOPEZ



SAN FRANCISCO DEL VALLE
OCOTEPEQUE

Municipalidad San Francisco Del Valle

Telefax.: 2663-3290 *e-mail: municipalidadsfv.ocot@yahoo.com
Ocotepeque, Honduras, C.A.



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

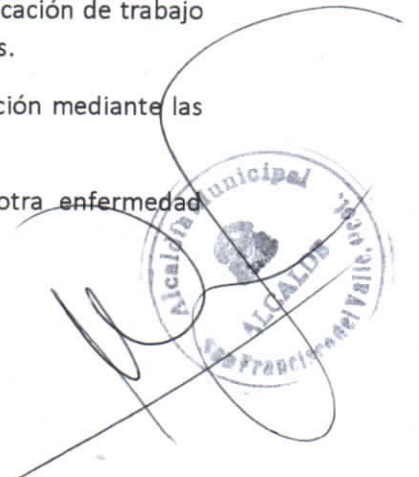
Yo **Walter Javier Pineda** mayor de edad casado hondureño por nacimiento con **Tarjeta de Identidad No. 1411-1985-00041** y de este domicilio actuando en su condición de **Alcalde Municipal** nombrado por la voluntad Soberana del Pueblo Hondureño expresada a través del Sufragio realizadas en las Elecciones Generales del 24 de Noviembre del 2017 y certificada por el **Tribunal Supremo Electoral**, mediante punto único de la sesión extraordinaria celebrada el día 17 de Diciembre de 2017, donde se declara electo en este cargo y por un periodo comprendido de 04 años a partir del 25 de Enero del 2018 por una parte, y por la otra **EL CONTRATANTE DUNIA MARICELA RODRIGUEZ MEJIA** mayor de edad Soltera hondureña **EMFERMERA AUXILIAR** con No. de identidad **1411-1993-00062** y RTN No. **14111993000620**, quien en adelante se denominara como **Contratada** convenimos en celebrar como en efecto celebramos el presente **CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO EN SUS SERVICIOS PROFESIONALES**, en el marco de la operación Presidencial "FUERZA HONDURAS" financiada con el 45 % de Fondos de Transferencia Municipal cuya ejecución está bajo la responsabilidad de **LA MUNICIPALIDAD**, bajo las clausulas y condiciones siguientes:

Cláusula Primera: Objetos del Contrato; NATURALEZA DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATANTE, declara que por la naturaleza de los servicios para atender la EMERGENCIA SANITARIA generada por el COVID-19, se hace necesario contratar los servicios médico-profesionales de EL CONTRATADO, quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR DE EMFERMERIA** en los CESAMOS/CESAR del Municipio San Francisco del Valle, Ocotepeque.



Clausula Segunda: DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS: EL CONTRATADO, se compromete a realizar las funciones siguientes según su cargo de trabajo.

- 1) Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e ínter consulta, para la coordinación y planificación de actividades a ejecutar durante la semana de trabajo.
- 2) Preclínica en visitas domiciliarias y cuando sea necesario y sea requerido por personas en el CESAMO del Municipio.
- 3) Apoyo en las brigadas médicas diarias, semanales o mensuales según planificación de trabajo en el casco urbano y comunidades asignadas mediante las visitas domiciliarias.
- 4) Ejecutar charlas de concientización sobre temas de bioseguridad a la población mediante las visitas domiciliarias y líderes de las comunidades.
- 5) Revisión de Expedientes para control de tratamientos de COVID-19 u otra enfermedad detectada por el médico general.
- 6) Realizar el llenado correcto de papelería de enfermería y médico.
- 7) Búsqueda de Sintomáticos respiratorios.



Cultura, Patria y Trabajo

- 8) Control y manejo de sintomáticos respiratorios.
- 9) Búsqueda de pacientes ambulatorios en el casco urbano y comunidades.
- 10) Coordinación con las Unidades de Salud y Fuerza Vivas de las comunidades para la atención de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.
- 11) Tabulación de datos diarios, semanal, mensual, trimestral conjuntamente con personal médico y enfermería.
- 12) Control, manejo y seguimiento de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 en conjunto con el personal médico.
- 13) Brindar Informes diarios, semanales y mensuales a las entidades siguientes: Regios de Salud Departamental, Dirección Municipal de Salud y Municipalidad de San Francisco del Valle, Ocoatepeque para requerimientos de pagos y respaldos administrativos.
- 14) Otras funciones afines al área

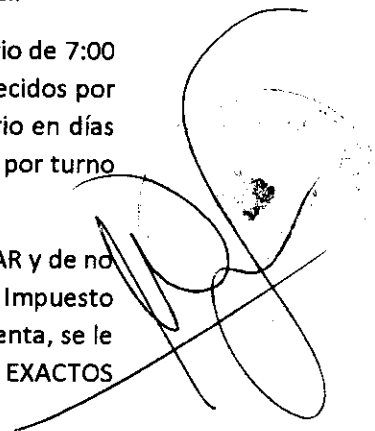
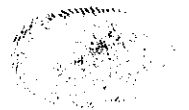
Clausula Tercera: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: este CONTRATO tendrá una duración de dos (02) meses contados a partir de la firma del mismo 08 de Febrero del año 2021 al 08 de Abril del año 2021, estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes CONTRATANTES, prestando EL CONTRATADO, sus servicios medico profesionales; por este mismo acto queda entendido, que una vez terminado dicho CONTRATO, finaliza la relación contractual sin responsabilidad de ninguna naturaleza por EL CONTRATANTE.

Clausula Cuarta: DEL MONTO Y LA FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE; se compromete a pagar a EL CONTRATADO por los servicios prestados la cantidad de TRECE MIL QUINIENTOS LEMPIRAS EXACTOS con 00/100 (L. 13,500.00) mensualmente, el monto total de este CONTRATO será cubierto con el aporte del 45 % del Fondo de Transferencia Municipal.

Clausula Quinta: JORNADA DE TRABAJO; será un turno "A" comprendiendo un horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., correspondiendo a ocho horas laborales de Lunes a Viernes, 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.

Clausula Sexta: DEDUCCIONES; EL CONTRATADO, en el caso de no estar suscrito al SAR y de no presentar recibo CAI, se 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 de Impuesto Sobre Renta, se le retendrá del pago total la cantidad de MIL SEISIENTOS OCHENTA Y SIETE LEMPIRAS EXACTOS CON 50/100 (L. 1,687.50).

CLAUSULA SEPTIMA: EL EMPLEADOR conviene en pagar al **TRABAJADOR** el Salario Base con los derechos adquiridos que corresponden al décimo tercero y décimo cuarto mes de salario equivalentes a un dieciséis por ciento (16%) sobre el salario base convenido y una compensación no habitual equivalente al cuatro por ciento (4%) sobre el salario base convenido, valor que equivale al pago de auxilio de cesantía, derecho del cual no gozan los trabajadores acogidos al presente régimen. Esta compensación no habitual será pagada en la misma fecha, frecuencia y



modalidad en que se pague el Salario Base ya incluida en el valor de la cláusula anterior con los derechos.

CLAUSULA OCTAVA: EL EMPLEADOR se obliga a facilitar al **TRABAJADOR**, los materiales necesarios para que desarrolle sus actividades.

CLAUSULA NOVENA: EL TRABAJADOR tendrá derecho a disfrutar de un día de vacaciones remuneradas por mes trabajado, las cuales se gozarán de común acuerdo con **EL EMPLEADOR**.

Clausula DECIMA: 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 o legal, **EL CONTRATADO** contratara mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos por las coberturas que estime pertinentes durante el periodo del **CONTRATO**.**EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que el **CONTRATADO** o sus dependencias sufrieran o infringieran en persona o en sus bienes

Clausula DECIMA PRIMERA: MODIFICACIONES AL CONTRATO, EL CONTRATO; podrá ser modificado mediante adenda siempre que las partes lo convengan por escrito y conveniente.

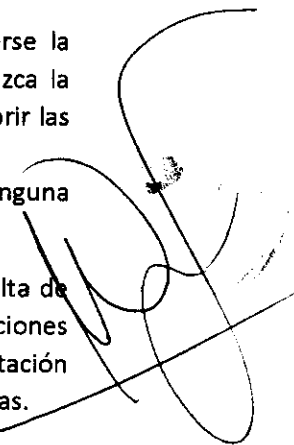
Clausula DECIMA SEGUNDA: DE LA RESCISION DEL CONTRATO; tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO**, aceptan las condiciones del presente **CONTRATO**, establecen que el mismo podrá rescindir por las siguientes razones:

- 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 gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión del **CONTRATO**, sin más compromiso por parte de la Municipalidad de cubrir las cantidades emitidas a la fecha.
- d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la Municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la Municipalidad por las derivaciones de este **CONTRATO**.


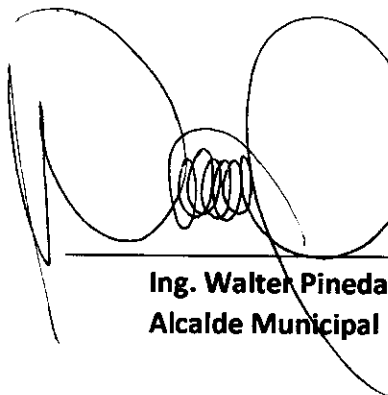
Clausula DECIMA TERCERA: TODO LO NO PREVISTO; en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país, código de trabajo, ley de contratación del estado de Honduras, Ley para la Protección del Patrimonio Cultural de la Nación y otras.

Clausula DECIMA CUARTA: GARANTIA DE CUMPLIMIENTO; Para garantizar el cumplimiento del presente contrato **El Contratado** se someterá a distintas evaluaciones por resultados, realizadas por la **Municipalidad y Región de Salud Departamental**.



Clausula DECIMA QUINTA: Aceptación; ambas partes la **Municipalidad y El Contratado**, declaran que aceptan todas y cada una de las cláusulas del presente contrato por **Servicios Profesionales** y se obligan a cumplirlas fielmente.



En fe de lo cual, suscriben el presente contrato, en el Departamento de Ocoatepeque, Municipio de San Francisco del Valle, a los 8 días del mes de Febrero del año 2021.



Ing. Walter Pineda
Alcalde Municipal



Dunia Maricela Rodríguez Mejía
Enfermera Auxiliar

Cc. Corporación Municipal
Cc. Administración Municipal
Cc. Auditoría Interna


REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL

GOBIERNO DE LA REPUBLICA
 COMISIONADA PRESIDENCIAL
 ADMINISTRACION TRIBUTARIA

Fecha de Emisión: 20160811 **RTN: 14111993000620**

DUNIA MARICELA RODRIGUEZ MEJIA
Nombre o Razón Social

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

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

DUNIA MARICELA / RODRIGUEZ MEJIA




HONDUREÑA POR NACIMIENTO
 NACIO EL: 27 ABRIL 1993
 SEXO: FEMENINO
 EMITIDA EL: 05 MARZO 2017


1411-1993-00062


13117420-02

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. 9 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 1976.



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- 2332507 Transacción: 72CA88

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 1411
DUNIA MARICELA / RODRIGUEZ MEJIA
1411-1993-00062

CURRICULUM VITAE

DUNIA MARICELA RODRIGUEZ MEJIA

1411-1993-00062

“AUXILIAR DE ENFERMERIA”

CURRICULUM VITAE

DATOS GENERALES:

Nombre: Dunia Maricela Rodríguez Mejía

Lugar y Fecha de Nacimiento: San Francisco del Valle, Ocotepeque.
27 de Abril de 1993.

Numero de Identidad 1411-1993-00062.

Nacionalidad: Hondureña

Estado Civil: Soltera

Teléfono: 33779463

E-Mail: maricelarodriguez595@yahoo.com

Residencia: Barrio Brisas del Campo, San Francisco Del Valle
Ocotepeque.

ESTUDIOS REALIZADOS:

Educación Primaria: Escuela urbana Mixta "Dr. Virgilio Rodezno"

Año: 2001- 2006.

DIVERSIFICADO:

Educación Secundaria: Instituto Técnico "Ingeniero Luis Rigoberto Santos"

Año: 2007-2009

Escuela Regional de auxiliares de enfermería de
Occidente.

Año: 2011-2012

HABILIDADES:

- ❖ Disponibilidad de trabajo.
- ❖ Excelente relaciones humanas.
- ❖ Trabajo en equipo.
- ❖ Trabajo bajo presión.

CURSOS RECIBIDOS:

- ❖ Capacitación de planificación Familiar.
- ❖ Capacitación de prevención y manejo del dengue.
- ❖ Capacitación sobre VIH-SIDA.

EXPERIENCIAS LABORAL:

- ❖ Practica de servicio social
 1. CESAMO: San Francisco del Valle (4 meses).
 2. CESAR: El Rodeo, San Francisco del Valle (8 Meses).

- ❖ Enfermera

CESAR:

El Rodeo, El Sile, San Francisco del Valle.

(Diciembre del 2013- Febrero del 2014)

- ❖ Enfermera

CESAR:

El Rodeo, El Sile, San Francisco del Valle.

(Junio- Diciembre del 2014)



Secretaria de Salud
Sub-Secretaria de Desarrollo Institucional y Política Sectorial
Unidad de Formación y Capacitación de Recursos Humanos

La Escuela Regional de Auxiliares de Enfermería de Gracias, Lempira.
 Extiende el presente

CERTIFICADO

A: Dunia Maricela Rodríguez Aleja

Por haber aprobado el curso Teórico-Práctico que lo acredita como:

Auxiliar de Enfermería

Realizado en la Escuela Regional de Auxiliares de Enfermería de Gracias, Lempira en el periodo del 21 de Febrero 2011 al 13 de Febrero, 2013.


Dado en la ciudad de Gracias, Lempira a los veinte y ocho días del mes de Febrero del año dos mil trece.

[Signature]
 Ministro de Salud.



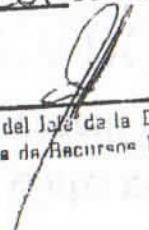
[Signature]
 Jefe Unidad de Desarrollo
 Recursos Humanos.

[Signature]
 Directora Escuela



DIRECCION TECNICA DE RECURSOS HUMANOS

Diploma de: Maestría de Entrenamiento
Extendido a favor de: Dña. Mariela Rodríguez Mejía
El día: 28 del mes 02 Año: 2013
Registro No. 274 Folio 201 Tomo: 10


Firma del Jefe de la Dirección
Técnica de Recursos Humanos.



SECRETARIA DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE SALUD
REGIÓN DEPARTAMENTAL DE SALUD DE OCOTEPEQUE

Oficio N° 118 RDSO

Lic. Gladis Yolanda Landaverde
Cesamo de San Francisco Del Valle
Su Oficina

Ocotepeque 30 de junio del año 2014

Reciba de la Región Departamental de Salud de Ocotepeque un cordial Saludo.

El motivo de la presente es para presentarle a la Auxiliar de Enfermería, **DUNIA**

MARICELA RODRIGUEZ MEJIA, quien a partir del 23 de junio del 2014 ha sido

contratada en el CESAMO de San Francisco Del Valle.

Por lo que agradeceré brindarle el apoyo necesario.

Sin otro particular nos suscribimos de usted.

Atentamente.



Dr. James Florentino Aguiñar Ezaguirre
Jefe de Región Departamental



Lic. Evelyn Smith Cáceres
Jefa Del Departamento de Redes
Integradas



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

DUNIA MARICELA / RODRIGUEZ MEJIA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL :27 ABRIL 1993
SEXO :FEMENINO
EMITIDA EL :31 JULIO 2011

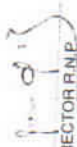


1411-1993-00062



13117420-01

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 1411

DUNIA MARICELA / RODRIGUEZ MEJIA

1411-1993-00062




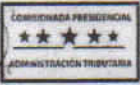

 COMISIONADA PRESIDENCIAL
 ADMINISTRACION TRIBUTARIA

**Registro Tributario
 Nacional**

Fecha de Emisión: 20160811 **RTN: 14111993000620**

DUNIA MARICELA RODRIGUEZ MEJIA	
Nombre o Razón Social	
Inscripciones	
Ventas-Selectivo	<input type="checkbox"/> Productores Importadores de Cigarrillos
Importador	<input type="checkbox"/> Productor Alcoholes Licores
Exportador	<input type="checkbox"/> Distribuidor Alcoholes Licores
Imprentas	<input type="checkbox"/> Importador Alcoholes Licores
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. 6 Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.

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 al artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras.

Número de Documento CPAT-412- 2332507 Transacción: 72CA88