



**GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE RECURSOS
FUERZA HONDURAS PLAN DE ACCIÓN MUNICIPALIDAD
DE CABAÑAS, COPAN Y DIRECCIÓN REGIONAL /
MUNICIPAL DE SALUD**

**INFORME SOBRE AVANCES DEL PLAN DE ACCION DE FUERZA
HONDURAS, MUNICIPIO DE CABAÑAS.**

Para: Dra. Gloria Ernestina Fajardo / Jefa de Región Salud Departamental No.4, Copan

Responsable: Dr. Manrique Estrada / Coord. Municipal de Salud, Cabañas.

Cabañas, Copan, 11 de noviembre - año 2020

Objetivos del Programa

Establecer centros de triaje y brigadas médicas, para buscar contener la propagación del covid 19 en el municipio de Cabañas Copán.

II. Centro de Triajes:

Apertura e inauguración del Triaje mancomunado entre las municipalidades de Cabañas y Copan Ruinas el 01 de septiembre del 2020, en el edificio del CITEA, Contiguo a la Hedman Alas, Copan Ruinas, Copán.

Se inició con el establecimiento de este centro de triaje en el municipio de Copan Ruinas ya que realizo de forma mancomunada; Municipalidad de Cabañas y Copán Ruinas uniendo esfuerzos para poder solventar los casos de este virus y de esta forma atender de una mejor manera los pacientes con sospecha de covid y que pudiera ser atendido en estos establecimientos con todo lo que esté al alcance hacer y si la situación se complicaba se trasladaba al hospital de Occidente Santa Rosa Copán, actualmente en el municipio de Cabañas Copán tenemos el centro de triaje en el Instituto "José Trinidad Cabañas" ubicado en El Gofio carretera que conduce al municipio de Santa Rita Copán para atender a la población del municipio que presente algún síntoma relacionado al covid 19.

III. **Brigadas Médicas:** Se adjuntan informes de las diferentes actividades realizadas por el CIS Cabañas Copán en las comunidades que presentaban más casos de sospechas del covid 19 con el personal que se contrató con fondos del programa Fuerza Honduras y demás personal de salud.

IV. Descripción del proceso de firma de convenios de estímulo con personal médico y cantidad requerida.

Se realizó de manera conjunta con la municipalidad de Copan Ruinas, Municipalidad de Cabañas Copán y la Dirección Regional/ Municipal de Salud del Departamento de Copán en

el marco de la operación "Fuerza Honduras" creada en virtud del decreto ejecutivo número PCM 061-2020.

V. Descripción del proceso de adquisición de equipos e insumos necesarios para la atención del Covid-19. Se realizaron de acuerdo al proceso de compras y contrataciones según establecidas.

VI. Descripción breve del avance: (definir actividades realizadas y próximas a realizar en atención y prevención del Covid-19).

VII. Dificultades encontradas en el proceso; - Contratar personal de otras zonas ya que en el municipio no había suficiente profesional en algunas áreas que se necesitaban.

- Los insumos y equipo que se iban a utilizar en los centros de triaje no se encontraban en algunos centros de venta en municipios cercanos el cual nos dificultaba realizar las compras de manera inmediata.
-

Situación Epidemiológica del municipio de Cabañas, Copán

La vigilancia epidemiológica se ha mantenido diariamente, con el monitoreo de los viajeros asintomáticos y búsqueda activa a través de Equipos de Respuesta Rápida, tanto locales como regionales y ahora que ya se cuenta con los ERR municipales.

Avances de la Operación Fuerza Honduras mancomunado entre los Municipios de Cabañas y Copan Ruinas.

1. Entrevista laboral al personal a contratar por parte de la municipalidad.
2. Dotación de insumos y equipo en Centro de Triaje y Estabilización.
3. Capacitación en al personal contratado por ambas municipalidades en los lineamientos para el manejo clínico del paciente con Covid-19.
4. Apertura e inauguración del Triaje mancomunado entre las municipalidades de Cabañas y Copan Ruinas el 01 de septiembre del 2020, en el edificio del CITEA, Contiguo a la Hedman Alas, Copan Ruinas, Copan.
5. Contratación de personal por parte de ambas municipalidades.
6. Centro de aislamiento masivo mancomunado entre las municipalidades de Cabañas y Copan Ruinas listo solo para activarse en caso de necesidad.

7. Centro de estabilización mancomunado entre las municipalidades de Cabañas y Copan Ruinas readecuado para iniciar funcionamiento al haber pacientes que lo ameriten.
8. Equipo de Respuesta Rápida iniciando funciones el día 2 de septiembre en Cabañas en las Comunidades de El Llano y El Mariposal.



Capacitacion del personal contratado



Inauguración del Triage Covid-19





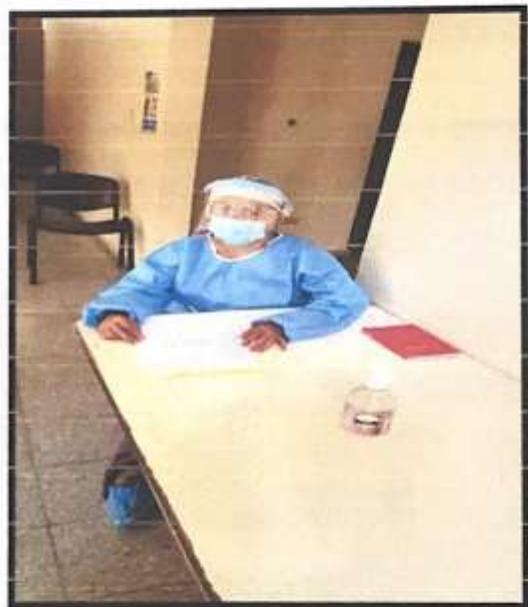
Triaje Covid-19



Recepción del Paciente



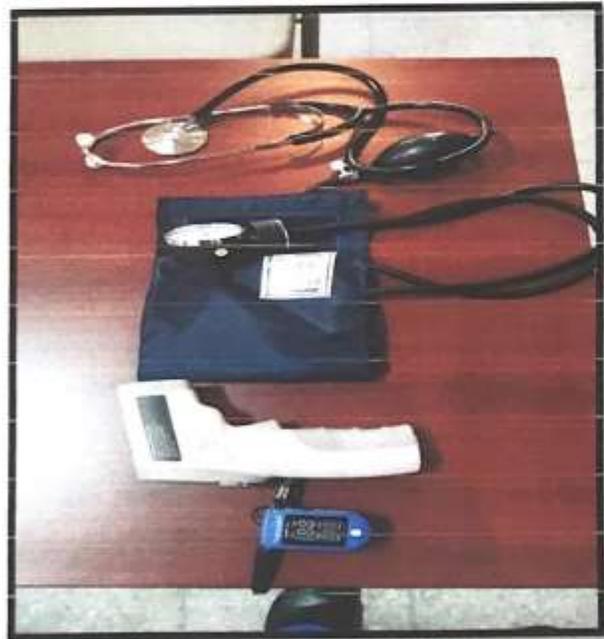
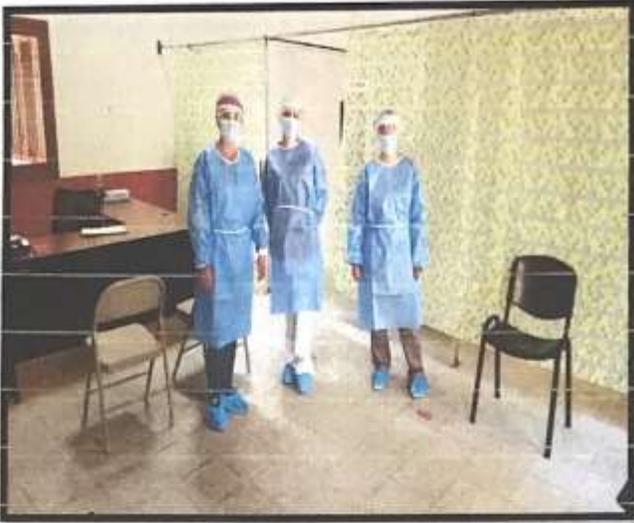
Entrada del Triaje



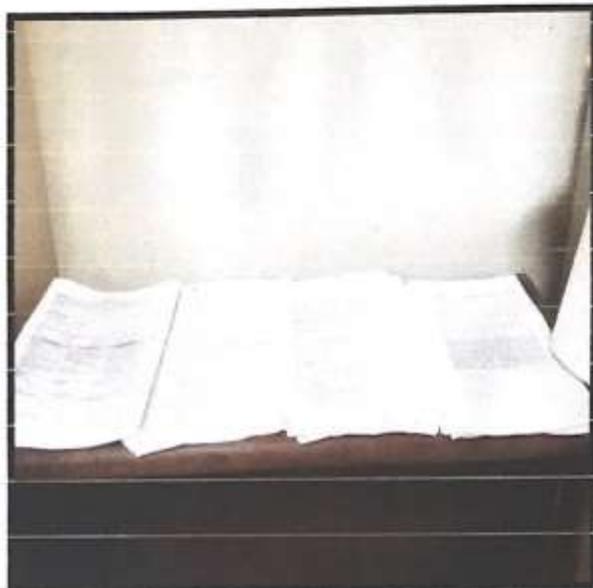
Sala de Espera



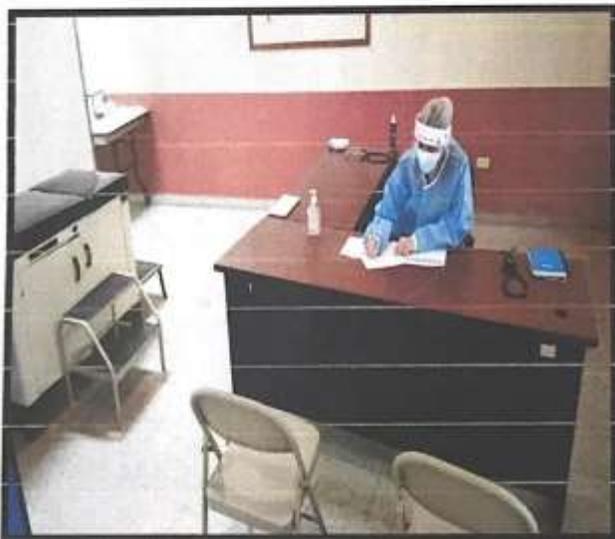
Área de Preclínica



Medicamento y Papelería



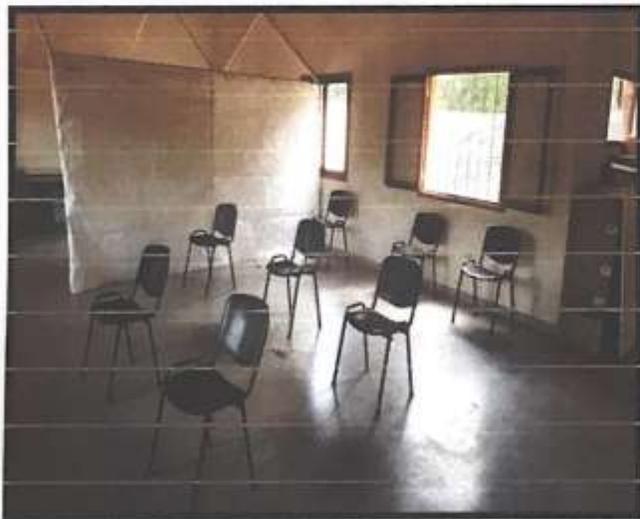
Consultorio Clínico



Área Estabilización del Triage



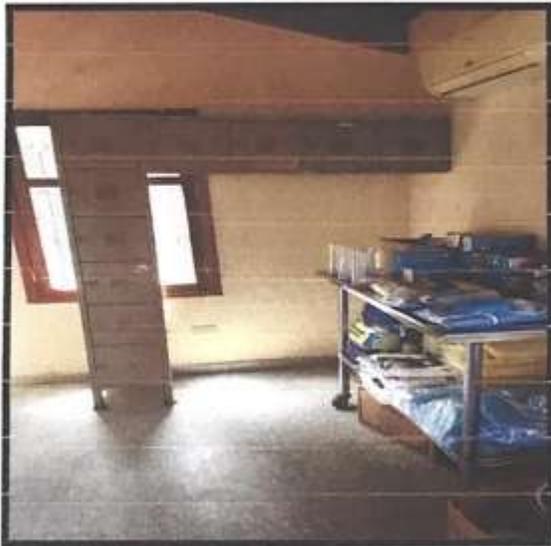
Sala de Espera de Toma de Muestra



Área de Toma de Muestra



Área de Cambio de EPP



Equipos de Protección Personal



Área Comedor



Cubículo del Centro de Estabilización



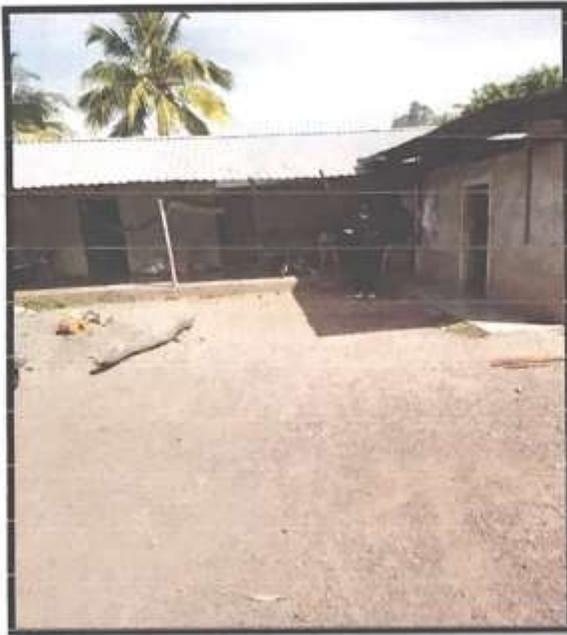
Tanques de Oxígeno



Equipo de Respuesta Rápida El Llano



Equipo Respuesta Rápida Mariposal



Armando Napoleón Mata
Alcalde Municipal



Manrique Estrada
Dr. CIS Cabañas

Cabañas Copán 11 de noviembre 2020



EL INSTITUTO DE ACCESO A LA
INFORMACIÓN PÚBLICA

**OTORGA EL PRESENTE
RECONOCIMIENTO A:**

*Alcaldía Municipal de
Cabañas, Copán*

**POR EL CUMPLIMIENTO DE LA INFORMACIÓN
DE OFICIO EN EL PORTAL ESPECIALIZADO DE
TRANSPARENCIA "EMERGENCIA COVID-19" DE
LAS INSTITUCIONES OBLIGADAS.**

PERIODO DEL 19 DE ABRIL AL 31 DE MAYO DE 2020

Tegucigalpa M.D.C., 25 de agosto de 2020


Hermes Omar Moncada
Comisionado Presidente


Ivonne Lizeth Ardón
Comisionada


Julio Vladimir Mendoza
Comisionado



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS COPAN

muni_cabanascopan@yahoo.es

CONSTANCIA

El suscrito oficial de información pública de la municipalidad HACE CONSTAR QUE: Se cumplió con la presentación de la información de oficio en el portal especializado de Transparencia "EMERGENCIA COVID-19", en la primera etapa por la Operación Fuerza Honduras.

Se entrega la presente constancia ya que no se ha revisado la primera etapa de dicha operación, por lo cual no hemos recibido la constancia por parte del IAIP.

Y para los fines que se estimen convenientes se extiende la presente en el Municipio de Cabañas Copan a los once días del mes de noviembre del año 2020.

Carlos Eduardo Madrid Mejia
Oficial de información Publica

COVID19- Programas y Proyectos	Se detallan los Programas y Proyectos EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL COVID-19- OPERACIÓN FUERZA HONDURAS	11.33kb	2020	Agosto	Elija la acción ▼
--------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	------	--------	-------------------

COVID19- Actividades	Se detallan las Actividades realizadas EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL COVID-19- OPERACIÓN FUERZA HONDURAS	11.69kb	2020	Agosto	Elija la acción ▼
-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	------	--------	-------------------

COVID19- COMPRAS	A continuación se presentan las compras realizadas con fondos del programa Fuerza Honduras a través de la secretaria municipal de la Municipalidad de Cabañas Copan en el marco de la Emergencia decretada por Covid-19 con fondos de transferencia en el mes de agosto del año 2020.	49.3kb	2020	Agosto	Elija la acción ▼
---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	------	--------	-------------------

COVID19- Liquidación Presupuestaria	Se detalla la Liquidación Presupuestaria EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL COVID-19- OPERACIÓN FUERZA HONDURAS	27.06kb	2020	Agosto	Elija la acción ▼
-------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	------	--------	-------------------

COVID19- Transferencia Mensual	Se detalla Transferencias Recibidas EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL COVID-19- OPERACIÓN FUERZA HONDURAS	81.64kb	2020	Agosto	Elija la acción ▼
--------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	------	--------	-------------------

COVID19- Gastos	Se detalla los Gastos EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL COVID-19- OPERACIÓN FUERZA HONDURAS	25.57kb	2020	Agosto	Elija la acción ▼
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	------	--------	-------------------

RECIBO POR LPS. 373,900.80

RECIBI DE LA TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA, RTN
06019995295576

LA CANTIDAD DE: (TRECIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CON
80 CENTAVOS)

VALOR QUE CORRESPONDE: TRANSFERENCIA DE EMERGENCIA
COVID-19, OPERACION FUERZA HONDURAS.

TEGUCIGALPA, M.C.D. 29 DE JULIO DEL 2020.



[Handwritten signature]
ANARDO NAPOLEÓN MATA
ALCALDE MUNICIPAL



[Handwritten signature]
ELMA CAROLINA MAYORCA
TESORERA MUNICIPAL

RECIBO POR LPS. 160,243.20

RECIBI DE LA TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA, RTN
08019995295576

LA CANTIDAD DE: (SON CIENTO SESENTA MIL DOCIENTOS CUARENTA Y
TRES CON VEINTE CENTAVOS)

VALOR QUE CORRESPONDE: TRANSFERENCIA DE EMERGENCIA
COVID-19, OPERACION FUERZA HONDURAS.

TEGUCIGALPA, M.C.D. 27 DE AGOSTO DEL 2020.




ANARDO NAPOLEON MATA
ALCALDE MUNICIPAL




ELMA CAROLINA MAYORGA
TESORERA MUNICIPAL



MUNICIPALIDAD
DE COPAN RUINAS, COPAN



El Jaral
Red de Salud

RED DE SALUD EL JARAL



MUNICIPALIDAD
DE CABAÑAS, COPAN

ADDEMDUM

ADDENDUM AL CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LAS MUNICIPALIDADES DE COPAN RUINAS Y LA MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS DEPARTAMENTO DE COPAN Y LA DIRECCIÓN REGIONAL/MUNICIPAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO COPAN EN EL MARCO DE LA OPERACIÓN "FUERZA HONDURAS" CREADA EN VIRTUD DEL DECRETO EJECUTIVO NÚMERO PCM-061-2020

Nosotros, **Lisandro Mauricio Arias Aquino** mayor de edad, Casado, Ingeniero Agrónomo, hondureño, con número de tarjeta de identidad 0501-1965-02547, con domicilio en el municipio de Copán Ruinas, Alcalde Municipal electo como tal según punto de acta de la sesión extraordinaria, celebrada el diecisiete de diciembre del año dos mil diecisiete, del tribunal Supremo Electoral, quien actúa en su condición de Representante Legal de la Corporación Municipal de Copán Ruinas, Departamento de Copán, según el artículo 44 de la Ley de Municipalidades, para efectos de este instrumento se mencionará como "LA MUNICIPALIDAD DE COPAN RUINAS"; con amplias facultades para la celebración del presente convenio, y por otra parte; Yo, **Anardo Napoleón Mata Girón** mayor de edad, Casado, de ocupación comerciante, hondureño, con número de tarjeta de identidad 1406-1953-00024, con domicilio en el municipio de Cabañas departamento de Copán, Alcalde Municipal electo como tal según punto de acta de la sesión extraordinaria, celebrada el diecisiete de diciembre del año dos mil diecisiete, del tribunal Supremo Electoral, quien actúa en su condición de Representante Legal de la Corporación Municipal de Cabañas, Departamento de Copán, según el artículo 44 de la Ley de Municipalidades, para efectos de este instrumento se mencionará como "LA MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS COPAN"; con amplias facultades para la celebración del presente convenio.

Y por otro lado, Yo Héctor Raúl Pineda Guerra, mayor de edad, Casado, Médico de Profesión, con Tarjeta de Identidad No. 0401-1978-00684, y vecino de la municipio de Copan Ruinas, quien comparece en su calidad de DIRECTOR MUNICIPAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE COPAN RUINAS y Yo Manrique Alonso Estrada Elvir, mayor de edad, Casado, Médico de Profesión, con Tarjeta de Identidad No. 0801-, y vecino del municipio de Copan Ruinas, quien comparece en su calidad de DIRECTOR MUNICIPAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CABAÑAS DEPARTAMENTO DE COPAN", con facultades suficientes para la celebración de este acto, hemos convenido en celebrar, como en efecto lo hacemos al presente convenio de cooperación mancomunado-interinstitucional.

DECLARACIONES

I.- Que en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se reconoce la salud como un Derecho Fundamental del Hombre, y, aunado a la experiencia que ha vivido la humanidad debido a la Pandemia provocada por el Coronavirus (COVID-19), se ha identificado la importancia de los servicios brindados por los profesionales de la salud, así como la implementación correcta y eficiente de los mecanismos y protocolos de bioseguridad en los diferentes ambientes, por lo que es responsabilidad del Estado la creación de alternativas para brindar acceso a los servicios de salud a la población en general.

II.- Que los países a nivel mundial han identificado e implementado diferentes medidas para reducir la cantidad de contagios dentro de sus fronteras, lo cual en casos específicos han sido efectivos pero en otros países lastimosamente ha sido pasajeros, en el caso de Honduras las medidas implementadas han sido diversas.

III.- Que es necesario en todo momento contar con profesionales de la salud activos al servicio de la población, para poder brindar un servicio integral en cantidad como en calidad al paciente no sólo de Coronavirus (COVID-19) sino también a los pacientes de las demás patologías, teniendo presente que la cantidad de contagios debido al Coronavirus (COVID-19) se encuentre en ascenso

IV.- que según el ARTÍCULO 14 de la Ley de Municipalidades.- (Según reforma por Decreto 143- 2009) La municipalidad es el órgano de gobierno y administración del municipio, dotada de personalidad jurídica de derecho público y cuya finalidad es lograr el bienestar de los habitantes, promover su desarrollo integral y la preservación del medio ambiente, con las facultades otorgadas por la Constitución de la República y demás leyes;

antonio milla



V.- Que Según ARTÍCULO 20-B. de la Ley de Municipalidades- (Adicionado por Decreto No. 143-2009) Las Municipalidades podrán pertenecer a más de una mancomunidad o asociación, siempre y cuando prevalezcan objetivos, intereses y beneficios comunes para las poblaciones que representan y, que tengan capacidad para cumplir con las obligaciones financieras de los aportes para su organización y funcionamiento, y de cualquier otra relacionada con la gestión de la mancomunidad o asociación.

VI.- Que las municipalidades tienen como deber la coordinación e implementación de las medidas y acciones higiénicas que tiendan a asegurar y preservar la salud y bienestar general, en lo que al efecto señala el Código de Salud.

VII.- Que en la CLÁUSULA TERCERA del convenio de cooperación interinstitucional mediante DECRETO EJECUTIVO NÚMERO PCM-061-2020: RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES DE "LA MUNICIPALIDAD": La Municipalidad, en el marco del CODEM, conducirá la elaboración e implementación del plan y la programación de la ejecución de las transferencias de Emergencia COVID - 19.

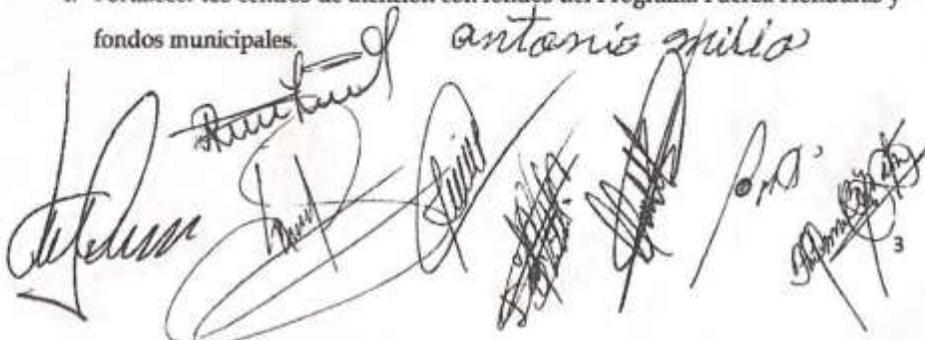
VII.- Que en la CLÁUSULA QUINTA del convenio de cooperación interinstitucional mediante: MODIFICACIONES: El presente Convenio podrá ser modificado por mutuo acuerdo entre "Las Partes", el cual se formalizará mediante el Addendum respectivo, el cual formará parte integral del presente Convenio.

Por lo tanto.

En virtud de salvaguardar el bienestar y salud de los ciudadanos de los municipios de Copán Ruinas y cabañas ambos del departamento de Copán.

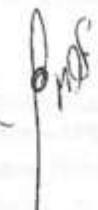
1. Se acuerda mancomunar esfuerzos para el control y manejo de la pandemia por Covid-19.
2. Establecer un Centro de Triage y Centro Covid (Centro de Formación y Capacitación) y un Centro de Aislamiento (Lugar de Retiros Iglesia Católica), ambos ubicados en el municipio de Copán Ruinas, y que han sido acondicionados para atención de los habitantes de los municipios en mención.
3. Implantar un enlace de comunicación entre ambas municipalidades para el desarrollo y ejecución del proyecto.
4. Fortalecer los centros de atención con fondos del Programa Fuerza Honduras y fondos municipales.

antonio giliberto

The bottom of the document features several handwritten signatures in black ink. The most prominent one is 'antonio giliberto' written in a cursive script. To its right, there is a large, stylized signature that appears to be 'R.F.'. Below these, there are several other smaller, less legible signatures and some circular stamps or marks. The signatures are written over a horizontal line.

5. La contratación del personal para laborar en ambos centros de atención, corresponderá según el Plan de Acción de cada municipalidad.
6. Que la compra de equipamiento, equipo de protección personal (EPP), insumos médicos y de limpieza, corresponderá según el Plan de Acción de cada municipalidad.
7. Que la atención para pacientes en ambos centros de atención se dará según evolucione la necesidad en ambos municipios.
8. Que el personal de salud contratado para este fin, iniciara funciones como equipo de respuesta rápida con mecanismos de prevención en cada municipio.
9. Que el personal de salud contratado para este fin, se concentraran en los centros atención una vez la población lo requiera.
10. Que el personal de salud contratado para este fin, serán monitoreados por la Red de Salud El Jaral, quienes coordinaran los espacios, turnos y horarios de trabajo.
11. Que ambas municipalidades serán veedoras de la administración y manejo de los centros de atención.
12. Que el insumo y equipamiento que se gestionó o compro para la readecuación y el funcionamiento de los dos centros Covid-19, una vez terminadas las actividades serán entregadas a las municipalidades que le correspondan según inventario.
13. Que ambas municipalidades únicamente compartirán el espacio físico de las instalaciones que han sido acondicionadas para funcionamiento como centros Covid con los insumos y el personal contratado por ambos municipios.


Antonio Miller

4

Para los fines legales y de transparencia damos fe del presente las Autoridades Municipales, Salud, CODEM, FONAC, Comisión Ciudadana de Transparencia, presidente de Patronatos Locales Firmada a los 19 días del mes de agosto de 2020.


Ing. Lisandro Mauricio Arias
Alcalde Municipal
Copán Ruinas


Anardo Napoleón Mata
Alcalde Municipal
Cabañas Copán



Dr. Héctor Raúl Pineda
Director de Salud
Copán Ruinas


Dr. Manrique Alonso Estrella
Director de Salud
Cabañas Copán


Licda. María Eugenia Avilés
CODEM
Copán Ruinas


Edgardo Vidal
CODEM
Cabañas Copán

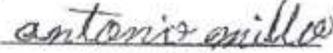

Miriam Yolanda Peña
Comisión Ciudadana de
Transparencia
Copán Ruinas


Amanda Barillas
Comisión Ciudadana de
Transparencia
Cabañas Copán


Pastor Kenny Posada
Miembro FONAC
Copán Ruinas


Rigoberto Leiva
Miembro FONAC
Cabañas Copán


Arnoldo Gonzales
Presidente Patronatos
Copán Ruinas


Antonio Milla
Presidente Patronato
Cabañas Copán



República de Honduras

LISTADO DE PAGOS

11/11/2020 14:58:09
Gestión: 2020

R_PAG_BENEF_HTML

Página 4 de 4

Banco : 00001 BANCO CENTRAL DE HONDURAS

Moneda: HNL LEMPIRAS

Estado: CONCILIADO

Cuenta: 11101010006181 TGR-CUENTA UNICA EN MONEDA NACIONAL

Libreta: 00400011303 CREDITO INTERNO

Medio Pago: TRB Banco Beneficiario: 00012 BANCO DE OCCIDENTE S.A.

Cuenta Beneficiario: 11-102-000419-4

Fecha Creación	Fecha Impresión	Fecha Entrega	Nro Cheque	Número de pago	DOCUMENTO RELACIONADO				Monto
					Nro Doc	Tipo Doc Resp	Nro Doc Respaldo	Descripción	
D 19/05/2020				139875	40-1-2747-1-1	DIC_EXT	N° 015-2020-	TRANSFERENCIA CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO DESEMBOLSO EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID-2019 HONDURAS SOLIDARIA.	1,086,500.00
D 29/07/2020				228435	40-1-3561-1-1	DECRET	PCM-061-2020-	TRANSFERENCIA DE EMERGENCIA COVID-19, OPERACION FUERZA HONDURAS, DOCUMENTOS DE REFERENCIA : OFICIO N° 150-DSM-2020, OFICIO N° 620-2020-SSRISS, OFICIO N° SSGD-094-2020, MEMORANDO N° 062-DSM-2020.	373,900.80
D 27/08/2020				258692	40-1-3561-1-1	DECRET	PCM-061-2020-	TRANSFERENCIA DE EMERGENCIA COVID-19, OPERACION FUERZA HONDURAS, DOCUMENTOS DE REFERENCIA : OFICIO N° 150-DSM-2020, OFICIO N° 620-2020-SSRISS, OFICIO N° SSGD-094-2020, MEMORANDO N° 062-DSM-2020.	160,243.20
Sub-Total: TRB									1,620,644.00
Total Por Medio de Pago: TRB									1,620,644.00
Total Por Cuenta 11101010006181 Y Libreta 00400011303:									1,620,644.00

Banco : 00001 BANCO CENTRAL DE HONDURAS

Moneda: HNL LEMPIRAS

Estado: CONCILIADO

Cuenta: 11101010006181 TGR-CUENTA UNICA EN MONEDA NACIONAL

Libreta: 02400011103 SECRET.EN LOS DESPACHOS DE DESARROLLO SOCIAL Y RED SOLIDARIA

Medio Pago: TRB Banco Beneficiario: 00012 BANCO DE OCCIDENTE S.A.

Cuenta Beneficiario: 11-102-000535-2

Fecha Creación	Fecha Impresión	Fecha Entrega	Nro Cheque	Número de pago	DOCUMENTO RELACIONADO				Monto
					Nro Doc	Tipo Doc Resp	Nro Doc Respaldo	Descripción	
D 28/09/2020				307506	240-1-1970-1-1	MEMORA	CONV-091-SEDIS-2020-	Se realiza pago de transferencia a La MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS , con numero de Beneficiario 1402 según CONVENIO N° 091-SEDIS-2020	100,000.00
Sub-Total: TRB									100,000.00
Total Por Medio de Pago: TRB									100,000.00
Total Por Cuenta 11101010006181 Y Libreta 02400011103:									100,000.00
Total General:									13,923,077.27

**Informe Sobre sobre actividades de los equipos de respuesta rápida del
CIS de Cabañas.**

Responsable:

**Dr. Manrique Estrada
Coord. CIS Cabañas.**

PARTICIPANTES: Equipo de respuesta rápida- CIS Cabañas y ERR Municipal

- ✓ Dr. Carlos Martínez (ERR Municipal)
- ✓ Dra. Celeni Pérez (ERR Municipal)
- ✓ A/E. Gladis Solís (ERR Municipal)
- ✓ P/S. Arnol Javier. (CIS Cabañas)

Comunidad Visitada: El Mariposal.

Fecha de Actividad: 04-09-2020.

Introducción de los equipos e salud familiar

El presente informe recopila las estrategias que el CIS de Cabañas implementa para ampliar la vigilancia no solo en las instituciones de Salud sino también en el ámbito comunitario en donde se identifican nuevos casos sospechosos de COVID-19 y al mismo tiempo se da seguimiento de contactos determinados como zonas de Riesgo que nos permitan como autoridades sanitarias tomar medidas para controlar las cadenas de transmisión con la captación oportuna y la confirmación de casos sospechosos y probables por el laboratorio de Virología y lograr así: Rastreo, Identificación y Autoaislamiento que nos lleven a minimizar su impacto en las comunidades

El trabajo de los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) consiste en la búsqueda intencionada y activa de casa en casa de personas con síntomas de COVID-19 Realizando un seguimiento proactivo de los pacientes con sospechas o positivos por COVID19

Objetivo General.

- *Identificar las infecciones respiratorias causadas por el nuevo virus COVID-19 poniendo en práctica controles de vigilancia de manera oportuna en las comunidades*

Objetivos Específicos.

- ✓ *Realizar bloqueos en áreas donde se identifique caso positivo para evitar la propagación del mismo.*
- ✓ *Ejecutar acciones que eviten la circulación del virus en zonas sin casos confirmados.*
- ✓ *Tomar medidas innovadoras que nos ayuden a efectuar eficientemente la vigilancia en el sector salud.*
- ✓ *Abordar los casos confirmados y sus contactos de manera profesional que nos ayuden a llevar a buen término la investigación epidemiológica de campo.*
- ✓ *Brindar la información oportuna a las autoridades competentes para la toma de decisiones.*
- ✓ *Identificar asintomáticos y sintomáticos respiratorios y febriles.*
- ✓ *Identificar Personas que aún no hayan recibido atención médica.*
- ✓ *Brindarte información sobre cómo evitar el contagio*

Realización de la actividad de los equipos de respuesta rápida del CIS de Cabañas en Conjunto con dos miembros del equipo regional.

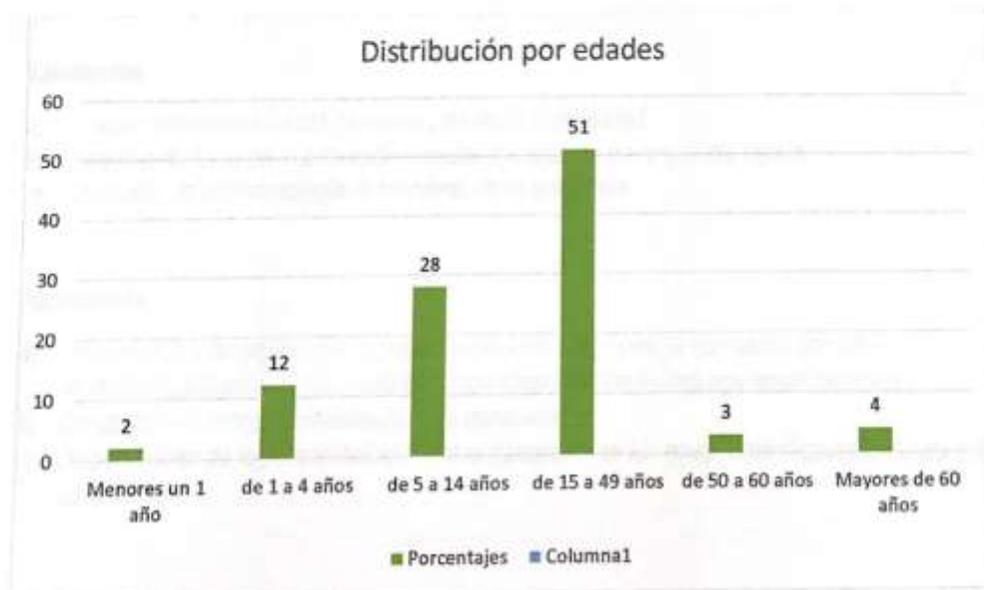
Realizamos visita la comunidad de El Mariposal, perteneciente al Municipio de Cabañas, en donde se realizó un solo grupo para recorrer toda la comunidad y realizamos actividades de búsqueda activa de casos, en total se visitaron 53 casas de las cuales 11 se encontraban cerradas. No se reportan ningún paciente con síntomas sospechosos de covid-19.

Análisis de Datos



Análisis

De la población visitada encontramos un predominio del sexo masculino con un 54 % y un 46% del sexo femenino.



Análisis

De la población visitada se observó que predomina el grupo etario de 15 a 49 años con un 51 % y un bajo porcentaje de la población en riesgo que son los mayores de 60 años con 4%.

Comorbilidades



Análisis.

Se encontró que las comorbilidades más frecuentes Hipertensión Arterial con un 2 % Asma con un 1 %.

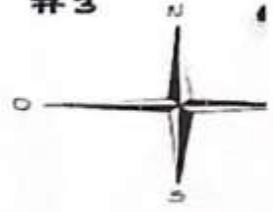
Limitantes.

- a) Poca colaboración de los habitantes de dicha Comunidad
- b) Miedo o rechazo de la población a recibir los equipos de respuesta rápida.
- c) Negación de sintomatología al momento de la entrevista.

Facilitantes

- a) Disponibilidad de equipo de respuesta rápida del CIS y que ya se cuenta con ERR MUNICIPALES para la búsqueda de casos sospechosos o bloqueos epidemiológicos.
- b) Contar con un croquis actualizado de la comunidad.
- c) Disponibilidad de logística(motos). Para el transporte de los equipos de respuesta rápida a la comunidad.

Zona Mariposa Sector #3



Informe consolidado

Secretaría de Salud de Honduras
 INFORME CONJUNTO DE TRABAJO DE CAMPO
 EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA COVID-19

Municipio: El Estero Comarca: Occidental Fecha y hora de la actividad: 4-09-2020

Rol: Ed. Jara Establecimiento de Salud: Centro

INTEGRANTES DEL EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA

1	<u>Isabeli Peña</u>	6
2	<u>Alfonso Solís</u>	7
3	<u>Guillermo Rojas</u>	8
4	<u>Andrés Martínez</u>	9
5		10

Nombre del caso (s) positivos	Casa	Centro de Aislamiento	Hospital	UCI

Número de viviendas visitadas: 53
 Casas cerradas: 11
 Habitantes: 216

Distribución por sexo	
Total Hombres	<u>113</u>
Total Mujeres	<u>99</u>

Distribución por edades	
<1 a	<u>08</u>
1-4	<u>25</u>
5-14	<u>59</u>
15-49	<u>109</u>
50-59	<u>06</u>
>60	<u>09</u>

Habitantes con enfermedades

Hipertensión	<u>03</u>
Diabetes	<u>00</u>
Oncológicos	<u>00</u>
Trópicos	<u>00</u>
Desnutrición	<u>00</u>
Asma	<u>01</u>
EPDC	<u>00</u>
Otros	<u>00</u>

Embarazada (s)	
Control Prenatal	<u>0</u>
Dónde	

Preexistente/comorbilidad:

Casos Sospechosos Identificados	Síntomas presentes	Toma de muestra	PCR	Prueba Rápida

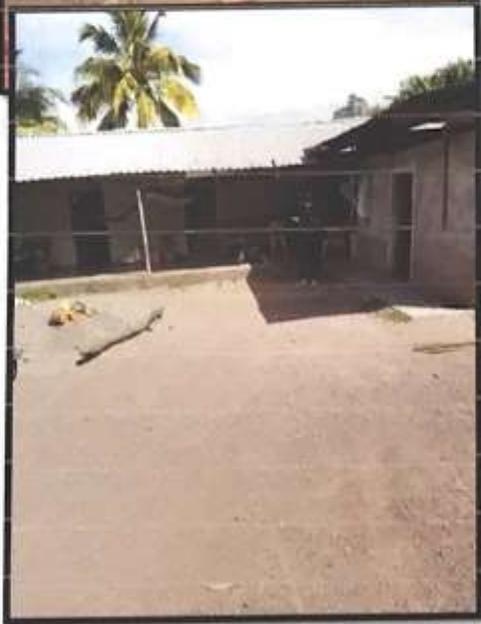
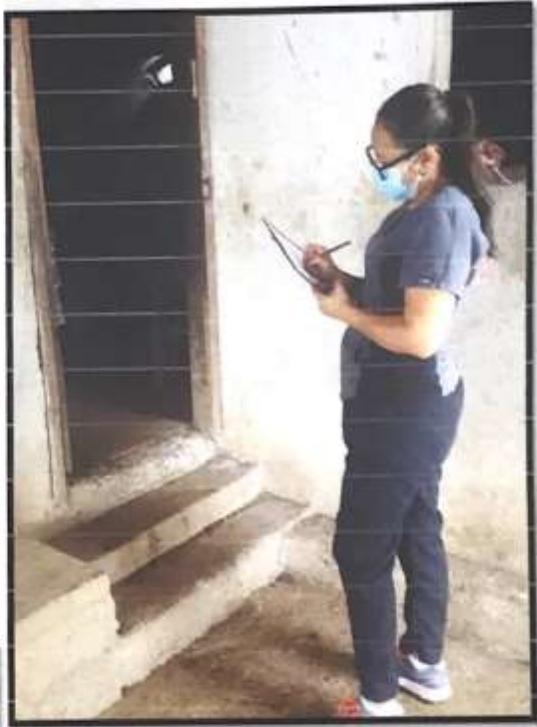
Suministros utilizados

Respirador N95	<u>0</u>
Mascarillas Quirúrgicas	<u>4</u>
Guantes puros	<u>0</u>
Gel Antiséptico	<u>0</u>
Batas	<u>0</u>
Lentes	<u>0</u>
Overoles	<u>0</u>
Gorros	<u>0</u>

Coordinador de Actividad: Andrés Martínez
 Número de celular de responsable del llenado: 95 91 99 49
 Firma de responsable del llenado: [Firma]

COMENTARIOS, OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES

Realización de la actividad con el equipo de respuesta rápida local del CIS



Informe Sobre sobre actividades de los equipos de respuesta rápida del CIS de Cabañas.

Responsable:

**Dr. Manrique Estrada
Coord. CIS Cabañas.**

PARTICIPANTES: Equipo de respuesta rápida- CIS Cabañas y ERR Municipal

- ✓ Dr. Carlos Martínez (ERR Municipal)
- ✓ Dra. Celeni Pérez (ERR Municipal)
- ✓ A/E. Gladis Solís (ERR Municipal)
- ✓ A/E. Jimena Velez(ERR Municipal)
- ✓ P/S. Francis Henriquez.
- ✓ P/S. Fernando Guerra.

Comunidad Visitada: Naranjales.

Fecha de Actividad: 14-09-2020.

Introducción de los equipos e salud familiar

El presente informe recopila las estrategias que el CIS de Cabañas implementa para ampliar la vigilancia no solo en las instituciones de Salud sino también en el ámbito comunitario en donde se identifican nuevos casos sospechosos de COVID-19 y al mismo tiempo se da seguimiento de contactos determinados como zonas de Riesgo que nos permitan como autoridades sanitarias tomar medidas para controlar las cadenas de transmisión con la captación oportuna y la confirmación de casos sospechosos y probables por el laboratorio de Virología y lograr así: Rastreo, Identificación y Autoaislamiento que nos lleven a minimizar su impacto en las comunidades

El trabajo de los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) consiste en la búsqueda intencionada y activa de casa en casa de personas con síntomas de COVID-19

Realizando un seguimiento proactivo de los pacientes con sospechas o positivos por COVID19

Objetivo General.

- *Identificar las infecciones respiratorias causadas por el nuevo virus COVID-19 poniendo en práctica controles de vigilancia de manera oportuna en las comunidades*

Objetivos Específicos.

- ✓ *Realizar bloqueos en áreas donde se identifique caso positivo para evitar la propagación del mismo.*
- ✓ *Ejecutar acciones que eviten la circulación del virus en zonas sin casos confirmados.*
- ✓ *Tomar medidas innovadoras que nos ayuden a efectuar eficientemente la vigilancia en el sector salud.*
- ✓ *Abordar los casos confirmados y sus contactos de manera profesional que nos ayuden a llevar a buen término la investigación epidemiológica de campo.*
- ✓ *Brindar la información oportuna a las autoridades competentes para la toma de decisiones.*
- ✓ *Identificar asintomáticos y sintomáticos respiratorios y febriles.*
- ✓ *Identificar Personas que aún no hayan recibido atención médica.*
- ✓ *Brindarte información sobre cómo evitar el contagio*

Realización de la actividad de los equipos de respuesta rápida del CIS de Cabañas en Conjunto con dos miembros del equipo regional.

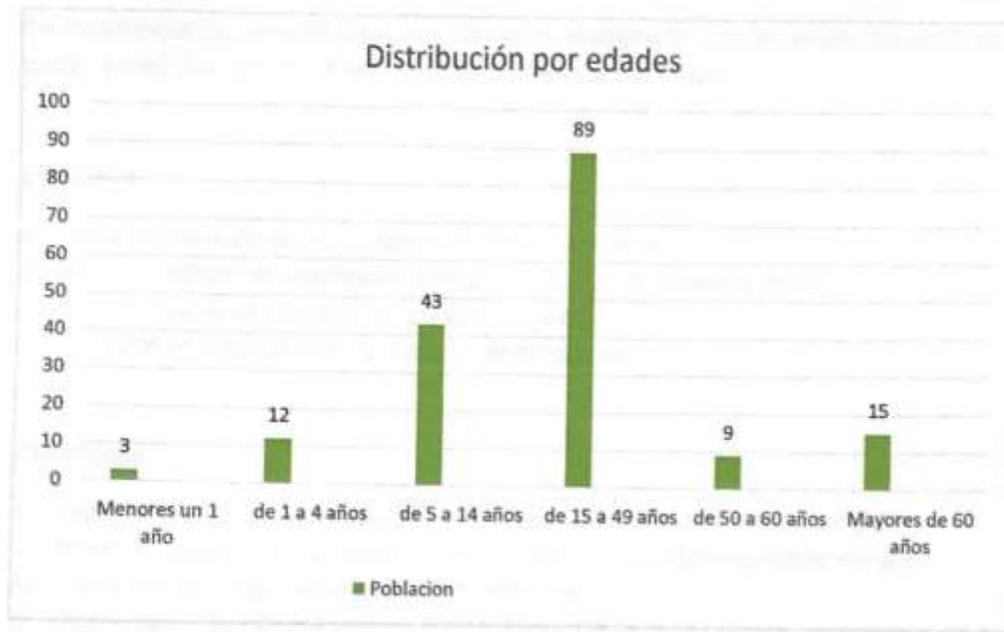
Realizamos visita la comunidad de Naranjales, perteneciente al Municipio de Cabañas, en donde nos dividimos en tres grupos para recorrer toda la comunidad y realizamos actividades de búsqueda activa de casos, en total se visitaron 73 casas de las cuales 25 se encontraban cerradas. No se reportan ningún paciente con síntomas sospechosos de covid-19.

Análisis de Datos



Análisis

De la población visitada encontramos un predominio del sexo femenino con un porcentaje de 53.20 % y un 46.80% del sexo Masculino.



Análisis

De la población visitada se observó que predomina el grupo etario de 15 a 49 años con un 52 % y un bajo porcentaje de la población en riesgo que son los mayores de 60 años con 9 %.

Comorbilidades



Análisis.

Se encontró que las comorbilidades más frecuentes Hipertensión Arterial con una incidencia de 8 casos, Asmas Bronquial con 1 caso y 4 casos de otras enfermedades.

Limitantes.

- a) Poca colaboración de los habitantes de dicha Comunidad
- b) Miedo o rechazo de la población a recibir los equipos de respuesta rápida.
- c) Condiciones de las vías de acceso debido al invierno.
- d) Negación de sintomatología al momento de la entrevista.

Facilitantes

- a) Disponibilidad de equipo de respuesta rápida del CIS y que ya se cuenta con ERR MUNICIPALES para la búsqueda de casos sospechosos o bloqueos epidemiológicos.
- b) Contar con un croquis actualizado de la comunidad.
- c) Disponibilidad de logística (motos). Para el transporte de los equipos de respuesta rápida a la comunidad.

Croquis de
comunidad de
Naranjales.

Sector 6 Zona H Naranjales



Población = 299
Casas = 73

Act: 51 de Mayo 2019

Mapa de Geografía
Fecha de Elaboración: 11-04-2018
Elaborado por: Juan Carlos Alvarado
Ailin Hernández
Fecha de Aprobación: 11 de Mayo
del 2018

Símbolo	Representa
	Embarazadas
	Personas Hipertensas
	Personas Diabéticas
	Personas Anémicas
	Personas Epilépticas
	Persona con Discapacidad
	Personas con Tuberculosis
	Niños (ni) < 2 años con Difteria
	Niños (ni) < 8 años con desnutrición
	Niños (ni) < 8 años con sarampión
	Niños (ni) < 2 años
	Personas violentas
	Hogares con extrema pobreza
	Hogares con exposición a riesgo ambiental
	Adolescentes
	Vida Mejor

Informe consolidado

Secretaría de Salud de Honduras
 INFORME CONSOLIDADO TRABAJO DE CAMPO
 EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA COVID-19

Municipio Cabañas Comunidad/Barrío/Corona Atarajales Fecha y hora de la actividad: 14-09-2020

Red El Jiral Establecimiento de Salud Cabañas

INTEGRANTES DEL EQUIPO RESPUESTA RAPIDA

1 Dr. Carlos Anibal Martínez	6 Alonzo Fernando Guerra
2 Dra. Celmy Alejandra Mérez Soto	7
3 AL Gabriela Soto	8
4 AC Simona Velaz	9
5 Alonzo Franco Henriquez	10

Nombre del caso (s) positivos	Casa	Centro de Aislamiento	Hospital	UCI
<u>No hubo</u>				

Número de viviendas visitadas: 33
 Casas Cerradas: 25
 Habitantes: 171

Distribución por sexo	
Total Hombres	<u>80</u>
Total Mujeres	<u>91</u>

Distribución por edades	
<1 a	<u>3</u>
1-4	<u>12</u>
5-14	<u>43</u>
15-49	<u>89</u>
50-59	<u>9</u>
>60	<u>15</u>

Habitantes con enfermedades

Hipertensión	<u>6</u>
Diabetes	
Oncológicos	
Tiroides	
Desnutrición	
Asma	<u>1</u>
EPOC	
Otros	<u>4</u>

Embarazada (s)	
Control Prenatal	<u>3</u>
Donde	<u>Cabañas</u>

Preexistente/comorbilidad

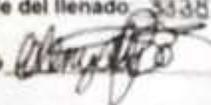
Casos Sospechosos Identificados	Sintomas presentes	Toma de muestra	PCR	Prueba Rápida
<u>No hubo</u>				

Suministros utilizados

Respirador N95	<u>0</u>
Mascarillas Quirúrgicas	<u>30</u>
Guantes pares	<u>0</u>
Gel Antiséptico	<u>4</u>
Batas	<u>0</u>
Lentes	<u>0</u>
Overoles	<u>0</u>
Gorros	<u>0</u>

Coordinador de Actividad Dr. Henrique Estroch

Numero de celular de responsable del llenado: 3338 0012

Firma de responsable del llenado 

COMENTARIOS, OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES:

Realización de la actividad con el equipo de respuesta rápida local del CIS



Informe Sobre sobre actividades de los equipos de respuesta rápida del CIS de Cabañas.

Responsable:

**Dr. Manrique Estrada
Coord. CIS Cabañas.**

PARTICIPANTES: Equipo de respuesta rápida- CIS Cabañas, ERR Municipal y ERR regionales

- ✓ Dra. Ana Tabora (ERR Regionales)
- ✓ Dra. Carolina Laínez (ERR Regionales)
- ✓ Dr. Ramón Melchor (ERR Regionales)
- ✓ Dr. Aladino Alcántara (ERR Regionales)
- ✓ Dra. Kenia Blanco (ERR Local)
- ✓ Dr. Carlos Martínez (ERR Municipal)
- ✓ Dra. Celeni Pérez (ERR Municipal)
- ✓ A/E. Gladis Solís (ERR Municipal)
- ✓ P/S. Arnol Javier. (ERR Local)
- ✓ P/S. Rene Cruz. (ERR Local)
- ✓ P/S. Julissa Mánchame. (ERR Local)
- ✓ P/S. Ronal Mejía. (ERR Local)
- ✓ P/S. Francis Henríquez. (ERR Local)

Comunidad Visitada: Aldea Nueva

Fecha de Actividad: 09-09-2020.

Introducción de los equipos e salud familiar

El presente informe recopila las estrategias que el CIS de Cabañas implementa para ampliar la vigilancia no solo en las instituciones de Salud sino también en el ámbito comunitario en donde se identifican nuevos casos sospechosos de COVID-19 y al mismo tiempo se da seguimiento de contactos determinados como zonas de Riesgo que nos permitan como autoridades sanitarias tomar medidas para controlar las cadenas de transmisión con la captación oportuna y la confirmación de casos sospechosos y probables por el laboratorio de Virología y lograr así: Rastreo, Identificación y Autoaislamiento que nos lleven a minimizar su impacto en las comunidades

El trabajo de los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) consiste en la búsqueda intencionada y activa de casa en casa de personas con síntomas de COVID-19

Realizando un seguimiento proactivo de los pacientes con sospechas o positivos por COVID19

Objetivo General.

- *Identificar las infecciones respiratorias causadas por el nuevo virus COVID-19 poniendo en práctica controles de vigilancia de manera oportuna en las comunidades*

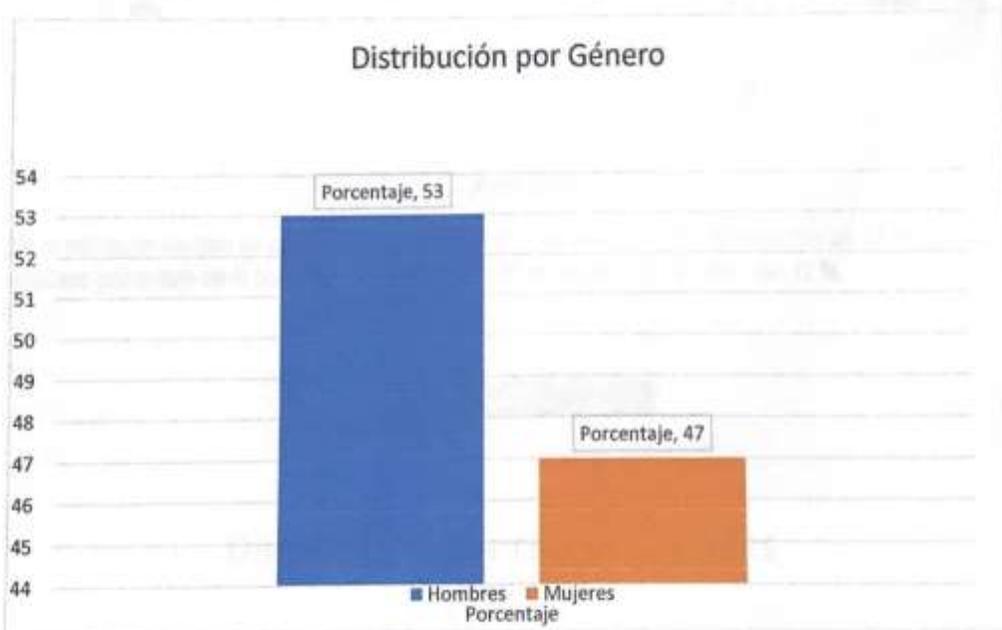
Objetivos Específicos.

- ✓ *Realizar bloqueos en áreas donde se identifique caso positivo para evitar la propagación del mismo.*
- ✓ *Ejecutar acciones que eviten la circulación del virus en zonas sin casos confirmados.*
- ✓ *Tomar medidas innovadoras que nos ayuden a efectuar eficientemente la vigilancia en el sector salud.*
- ✓ *Abordar los casos confirmados y sus contactos de manera profesional que nos ayuden a llevar a buen término la investigación epidemiológica de campo.*
- ✓ *Brindar la información oportuna a las autoridades competentes para la toma de decisiones.*
- ✓ *Identificar asintomáticos y sintomáticos respiratorios y febriles.*
- ✓ *Identificar Personas que aún no hayan recibido atención médica.*
- ✓ *Brindarte información sobre cómo evitar el contagio*

Realización de la actividad de los equipos de respuesta rápida del CIS de Cabañas en Conjunto con dos miembros del equipo regional.

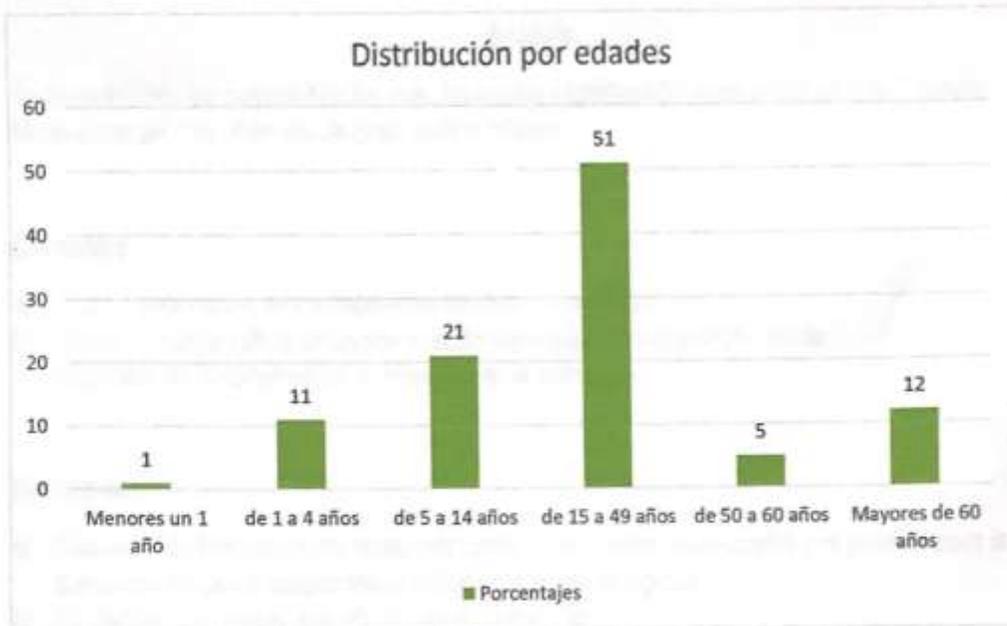
Realizamos visita la comunidad de Aldea Nueva, perteneciente al Municipio de Cabañas, en donde nos dividimos en 6 grupos para recorrer toda la comunidad y realizamos actividades de búsqueda activa de casos, en total se visitaron 111 casas de las cuales 36 se encontraban cerradas. No se reportan ningún paciente con síntomas sospechosos de covid-19.

Análisis de Datos



Análisis

De la población visitada encontramos un predominio del sexo masculino con un 53 % y un 43% del sexo femenino.



Análisis

De la población visitada se observó que predomina el grupo etario de 15 a 49 años con un 55 % y con un mediano porcentaje de la población en riesgo que son los mayores de 60 años con 12 %.

Comorbilidades



Análisis.

Se encontró que las comorbilidades más frecuentes Hipertensión Arterial con un 4 %, Diabetes Mellitus con un 1 %. Y un 4% de otras enfermedades.

Limitantes.

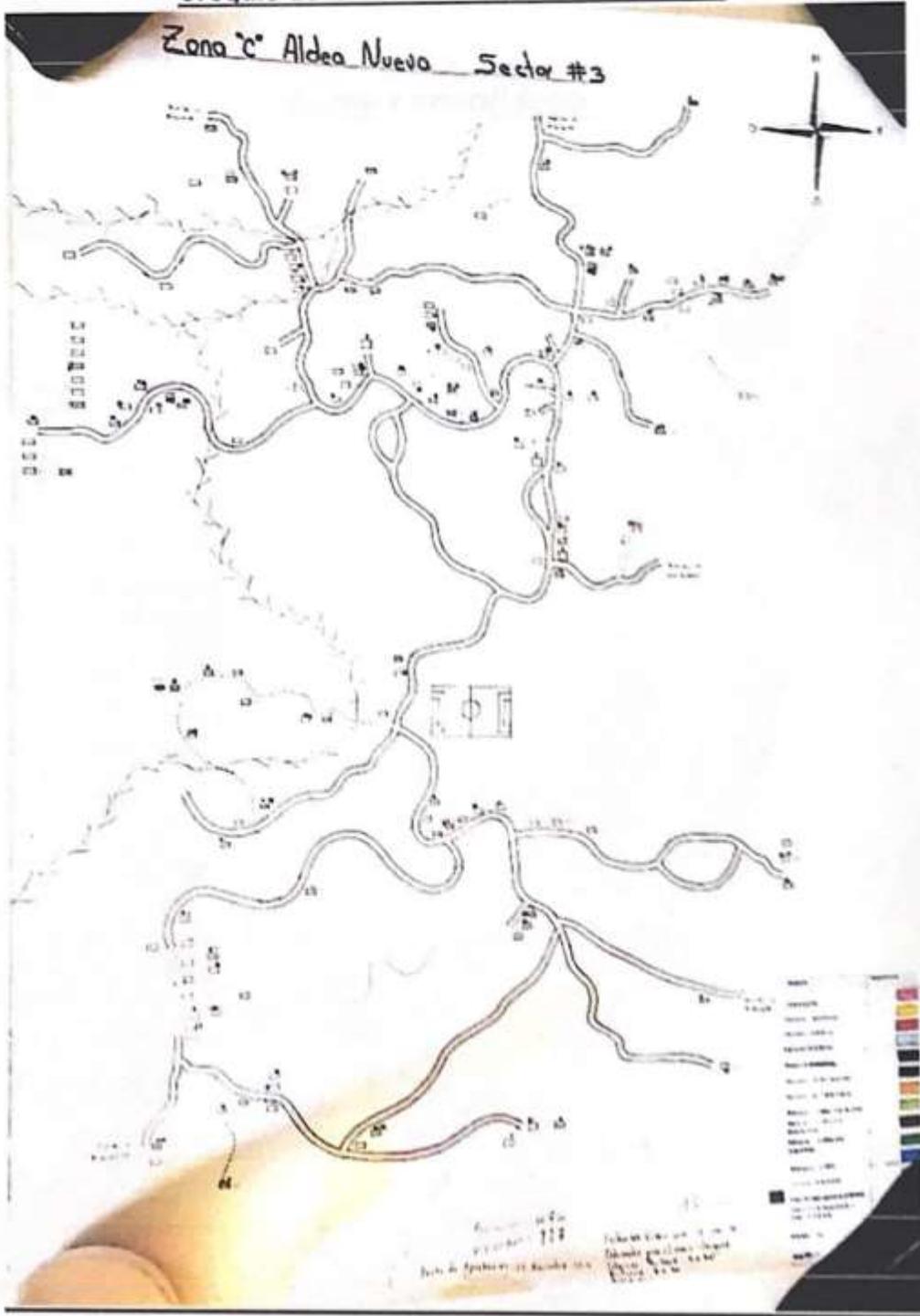
- a) Poca colaboración de los habitantes de dicha Comunidad
- b) Miedo o rechazo de la población a recibir los equipos de respuesta rápida.
- c) Negación de sintomatología al momento de la entrevista.

Facilitantes

- a) Disponibilidad de equipo de respuesta rápida tanto locales, municipales y regionales para la búsqueda de casos sospechosos o bloqueos epidemiológicos.
- b) Contar con un croquis actualizado de la comunidad.
- c) Disponibilidad de logística (motos y carro). Para el transporte de los equipos de respuesta rápida a la comunidad.

Croquis de la comunidad de Aldea Nueva.

Zona C° Aldea Nueva Sector #3



Informe consolidado.

Secretaría de Salud de Honduras
 INFORME CONSOLIDADO TRABAJO DE CAMPO
 EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA COVID-19

Municipio: Cabañas Comunidad/Barrío/Colonia: Aldea Nueva Fecha y hora de la actividad: 9-9-20 8:00 am

Red: El Jaral Establecimiento de Salud: Cabañas

INTEGRANTES DEL EQUIPO RESPUESTA RAPIDA

1 Dra. Ana Lourdes Tabares	6 P/S: Rene Ramirez
2 Dra. Carolina Lainez	7 P/S: Juliana Morcote
3 Dra. Genia Blanco	8 A/E: Gladis Solis
4 Dr. Ramon Melchor	9 Dr. Carlos Martinez
5 Dr. Aladino Alcantara	10 Dra. Celeny Perez

Nombre del caso (s) positivos	Casa	Centro de Aislamiento	Hospital	UCI

Número de viviendas visitadas: 111
 Casas Cerradas: 36
 Habitantes: 304

Distribución por sexo	
Total Hombres	162
Total Mujeres	142

Distribución por edades	
<1 a	4
1-4	32
5-14	63
15-49	755
50-59	14
>60	36

Habitantes con enfermedades

Hipertensión	11
Diabetes	4
Oncológicos	0
Tiroides	0
Desnutrición	0
Asma	1
EPOC	1
Otros	11

Embarazada (s)	4
Control Prenatal	
Donde	05 Cabañas

Preexistente/comorbilidad:

Enfermedad Preexistente: Cardiopatia

Casos Sospechosos Identificados	Síntomas presentes	Toma de muestra	PCR	Prueba Rápida

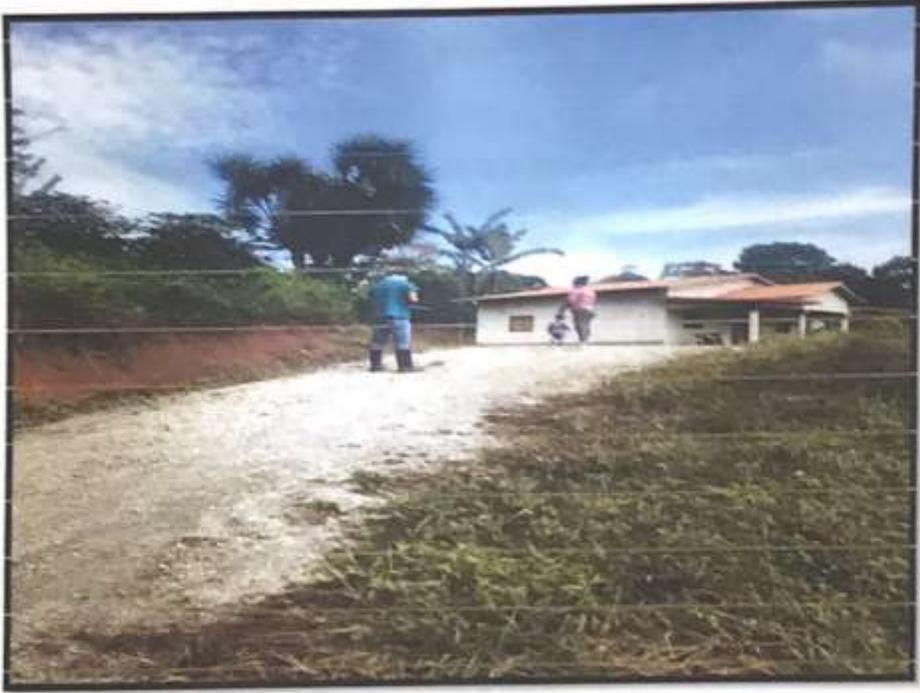
Suministros utilizados	
Mascarillas quirúrgicas	20
Guantes pares	0
Gel Antiséptico	0
Batas	0
Lentes	0
Overoles	0
Gorros	0

Coordinador de Actividad: Dr. Enrique Estrada

Número de celular de responsable del llenado: 9860-1266

Firma de responsable del llenado:

COMENTARIOS, OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES



Realización de la actividad con el equipo de respuesta rápida local del CIS



Informe Sobre sobre actividades de los equipos de respuesta rápida del CIS de Cabañas.

Responsable:

**Dr. Manrique Estrada
Coord. CIS Cabañas.**

PARTICIPANTES: Equipo de respuesta rápida- CIS Cabañas y ERR Municipal

- ✓ Dr. Manrique Estrada
- ✓ Dr. Carlos Martínez (ERR Municipal)
- ✓ Dra. Celeni Pérez (ERR Municipal)
- ✓ A/E. Gladis Solís (ERR Municipal)
- ✓ A/E Diane Rodríguez.
- ✓ A/E. Orfilia Aguirre
- ✓ P/S. Arnol Javier.
- ✓ P/S. Ingrid Alvarado
- ✓ P/S. Rene Cruz.
- ✓ P/S. Julissa Mánchame.
- ✓ P/S. Ronal Mejía

Comunidad Visitada: El Llano.

Fecha de Actividad: 02-09-2020.

Introducción de los equipos de salud familiar

El presente informe recopila las estrategias que el CIS de Cabañas implementa para ampliar la vigilancia no solo en las instituciones de Salud sino también en el ámbito comunitario en donde se identifican nuevos casos sospechosos de COVID-19 y al mismo tiempo se da seguimiento de contactos determinados como zonas de Riesgo que nos permitan como autoridades sanitarias tomar medidas para controlar las cadenas de transmisión con la captación oportuna y la confirmación de casos sospechosos y probables por el laboratorio de Virología y lograr así: Rastreo, Identificación y Autoaislamiento que nos lleven a minimizar su impacto en las comunidades

*El trabajo de los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) consiste en la búsqueda intencionada y activa de casa en casa de personas con síntomas de COVID-19
Realizando un seguimiento proactivo de los pacientes con sospechas o positivos por COVID19*

Objetivo General.

- *Identificar las infecciones respiratorias causadas por el nuevo virus COVID-19 poniendo en práctica controles de vigilancia de manera oportuna en las comunidades*

Objetivos Específicos.

- ✓ *Realizar bloqueos en áreas donde se identifique caso positivo para evitar la propagación del mismo.*
- ✓ *Ejecutar acciones que eviten la circulación del virus en zonas sin casos confirmados.*
- ✓ *Tomar medidas innovadoras que nos ayuden a efectuar eficientemente la vigilancia en el sector salud.*
- ✓ *Abordar los casos confirmados y sus contactos de manera profesional que nos ayuden a llevar a buen término la investigación epidemiológica de campo.*
- ✓ *Brindar la información oportuna a las autoridades competentes para la toma de decisiones.*
- ✓ *Identificar asintomáticos y sintomáticos respiratorios y febriles.*
- ✓ *Identificar Personas que aún no hayan recibido atención médica.*
- ✓ *Brindarte información sobre cómo evitar el contagio*

Realización de la actividad de los equipos de respuesta rápida del CIS de Cabañas en Conjunto con dos miembros del equipo regional.

Realizamos visita la comunidad de El Llano, perteneciente al Municipio de Cabañas, en donde nos dividimos en cuatro grupos para recorrer toda la comunidad y realizamos actividades de búsqueda activa de casos, en total se visitaron 87 casas de las cuales 17 se encontraban cerradas. No se reportan ningún paciente con síntomas sospechosos de covid-19.

Análisis de Datos



Análisis

De la población visitada encontramos un predominio del sexo femenino con un 53 % y un 43% del sexo masculino.



Análisis

De la población visitada se observó que predomina el grupo etario de 15 a 49 años con un 55 % y un bajo porcentaje de la población en riesgo que son los mayores de 60 años con 9 %.

Comorbilidades



Análisis.

Se encontró que las comorbilidades más frecuentes Hipertensión Arterial con un 4 % , Diabetes Mellitus con un 1 %. Y un 2% de otras enfermedades.

Limitantes.

- a) Poca colaboración de los habitantes de dicha Comunidad
- b) Miedo o rechazo de la población a recibir los equipos de respuesta rápida.
- c) Negación de sintomatología al momento de la entrevista.

Facilitantes

- a) Disponibilidad de equipo de respuesta rápida del CIS y que ya se cuenta con ERR MUNICIPALES para la búsqueda de casos sospechosos o bloqueos epidemiológicos.
- b) Contar con un croquis actualizado de la comunidad.
- c) Disponibilidad de logística(motos). Para el transporte de los equipos de respuesta rápida a la comunidad.

Informe consolidado

Secretaría de Salud de Honduras
 INFORME CONSOLIDADO TRABAJO DE CAMPO
 EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA COVID-19

Municipio: Cabañas Comunidad/Barrio/Colonia: El Llano Fecha y hora de la actividad: 2-9-20, 8:00 a.m

Red: El Saral Establecimiento de Salud: CL5 Cabañas

INTEGRANTES DEL EQUIPO RESPUESTA RÁPIDA

1 Dr. Marriqye Estrada	6 Gladys Solis
2 Diane Rodríguez	7 D/S Juliana Manchame
3 Otilia Aguirte	8 Kenia Ramirez
4 Dr. Carlos Martínez	9 Arnal Javier
5 Dr. Celso Pérez	10 Ingrid Alvarado
	11 Ronda Mejía

Nombre del caso (s) positivos	Casa	Centro de Aislamiento	Hospital	UCI
0				

Número de viviendas visitadas: 87
 Casas Cerradas: 17
 Habitantes: 334

Distribución por sexo	
Total Hombres	158
Total Mujeres	176

Distribución por edades	
<1 a	07
1-4	23
5-14	71
15-49	184
50-59	19
>60	30

Habitantes con enfermedades

Hipertensión	12
Diabetes	4
Oncológicos	0
Tiroides	0
Desnutrición	0
Asma	0
EPOC	2
Otros	5

Embarazada (s)	
Control Prenatal	3
Donde	CL5 Cabañas

Preexistente/comorbilidad:

Casos Sospechosos Identificados	Síntomas presentes	Toma de muestra	PCR	Prueba Rápida
0				

Suministros utilizados

Respirador N95	0
Mascarillas Quirúrgicas	11
Guantes pares	0
Gel Antiséptico	1
Batas	0
Lentes	0
Overoles	0
Gorras	0

Coordinador de Actividad: Dr. Marriqye Estrada

Número de celular de responsable del llenado: 9860-1266

Firma de responsable del llenado: 

COMENTARIOS, OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES

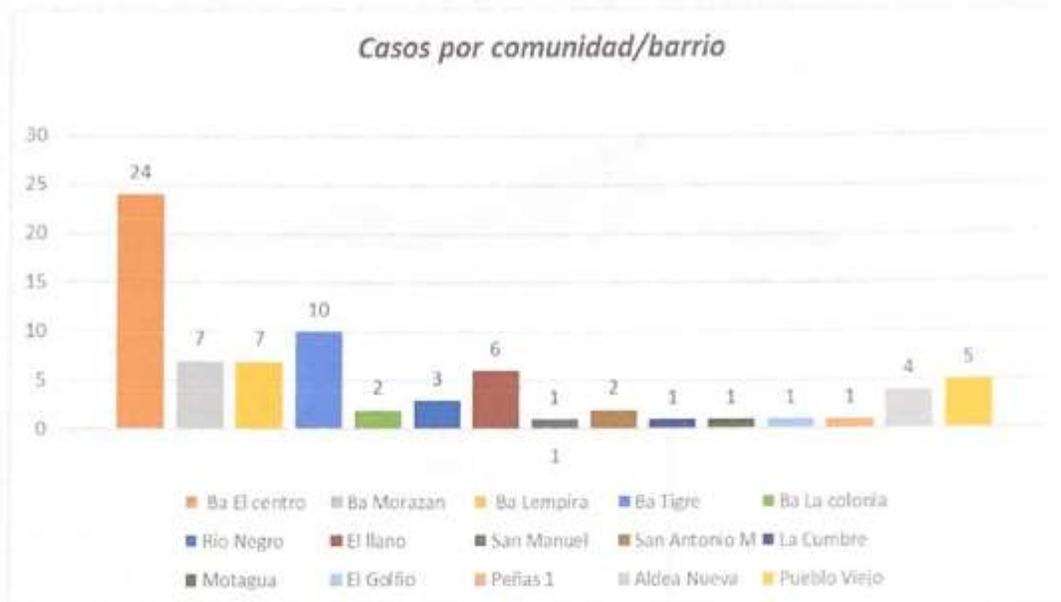
Realización de la actividad con el equipo de respuesta rápida local del CIS







Casos por comunidad/Barrio



<i>Casos por comunidad/Barrio</i>	
Ba El centro	24
Ba Morazan	7
Ba Lempira	7
Ba Tigre	10
Ba La colonia	2
Rio Negro	3
El llano	6
San Manuel	1
San Antonio M	2
La Cumbre	1
Motagua	1
El Golfio	1
Peñas 1	1
Aldea Nueva	4
Pueblo Viejo	5

Casos clínico epidemiológicos atendidos en el CETTE Cabañas



Casos clínico epidemiológicos atendidos en el CETTE Cabañas	
	Total
semana 36	0
semana 37	0
semana 38	2
semana 39	2
semana 40	11
semana 41	6
semana 42	19
semana 43	25
semana 44	7
semana 45	3

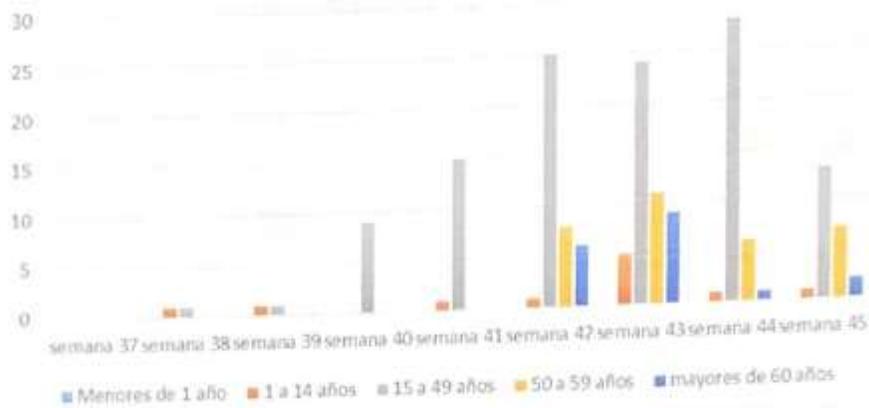
Toma de muestras rápidas y rt PCR realizadas en CETTE Cabañas



Toma de muestras rápidas y rtPCR realizadas en CETTE Cabañas		
	Prueba Rapida	rt PCR
semana 36	0	0
semana 37	0	0
semana 38	0	0
semana 39	0	1
semana 40	3	5
semana 41	5	7
semana 42	12	20
semana 43	15	17
semana 44	20	17
semana 45	3	0

Atenciones en CETTE Cabañas por rango de edades

Atenciones por Rango de edades



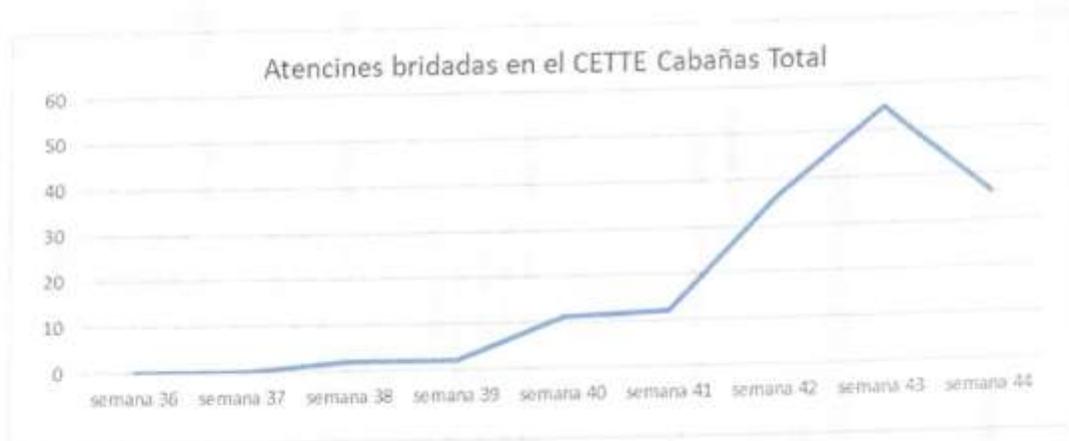
Atenciones en CETTE Cabañas por rango de edades					
	Menores de 1 año	1 a 14 años	15 a 49 años	50 a 59 años	mayores de 60 años
semana 36	0	0	0	0	0
semana 37	0	0	0	0	0
semana 38	0	1	1	0	0
semana 39	0	1	1	0	0
semana 40	0	0	9	0	0
semana 41	0	1	15	0	0
semana 42	0	1	25	8	6
semana 43	0	5	24	11	9
semana 44	0	1	28	6	1
semana 45	0	1	13	7	2

Total de atenciones por género en CETTE Cabañas



Total de atenciones por genero en CETTE Cabañas		
	Mujeres	Hombres
semana 36	0	0
semana 37	0	0
semana 38	2	0
semana 39	1	1
semana 40	6	5
semana 41	7	5
semana 42	23	13
semana 43	25	20
semana 44	27	19
semana 45	16	7

Atenciones brindadas en el CETTE Cabañas.



Atenciones brindadas en el CETTE Cabañas	
	Total
semana 36	0
semana 37	0
semana 38	2
semana 39	2
semana 40	11
semana 41	12
semana 42	36
semana 43	55
semana 44	36
semana 45	23



Municipalidad de Cabañas Copan

DETALLE DEL GASTO DEL PROGRAMA FUERZA HONDURAS

Fecha	Operación	Descripción	Beneficiario	Monto
12/08/2020	2460	CHEQUE CANCELACIÓN DE FACTURAS POR COMPRA DE EQUIPAMIENTO E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE TRIAJE UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS COPAN, EMERGENCIA COVID 19, PROYECTO FUERZA HONDURAS.	05011980017660 - ANA KARINA ANTUNEZ FLORES	164,778.00
12/08/2020	2461	CHEQUE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE INSUMOS DE ASEO PERSONAL Y LIMPIEZA PARA SER UTILIZADO EN EL CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS COPAN.	04061987000451 - JOSE ESTEBAN LOPEZ ALVARADO	33,837.60
31/08/2020	2503	CHEQUE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA 15 MERIENDAS A L. 70.00 CADA UNA Y 15 ALMUERZOS A L. 120 CADA UNO, PERSONAL DE SALUD MÉDICOS Y ENFERMERAS QUE PARTICIPARON EN CAPACITACIÓN SOBRE ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL CENTRO DE TRIAJE, PARA BENEFICIO DE LOS MUNICIPIOS DE COPAN RUINAS Y CABAÑAS. FONDOS FUERZA HONDURAS.	04041974002408 - SANDRA MARICELA GUERRA HERNANDEZ	2,850.00

09/09/2020	2530	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE ÚTILES DE ESCRITORIO Y PAPELERÍA, QUE SERÁN UTILIZADOS EN EL CENTRO DE TRIAJE.	14161984000595 - ROEL ARTURO ESPINOZA MALDONADO	1,775.00
09/09/2020	2532	CHEQUE	GASTO RECURRENTE VARIABLE: PAGO DE DOCUMENTO CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 3 BASUREROS DE ACERO INOXIDABLE Y 4 PEDILUVIOS, UTILIZADOS EN EL CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN COPAN RUINAS.	04131977004944 - CARLOS MONTEJO PACHECO	12,190.00
09/09/2020	2533	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 4 DISPENSADORES TOALLA Y Y CAJA DE TOALLA ROLLO, UTILIZADOS EN EL CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN COPAN RUINAS.	04131976006528 - NELLY LEONOR CHAVARRIA MARTINEZ	5,170.00
21/09/2020	2567	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 1 CUBETA DE BIO SAFE DE 5 KG, Y 1 BOMBA TANGO DE 1.5 LITROS, PARA UTILIZAR EN EL CENTRO DE TRIAJE.	0402197700184 - ELDA EDELMIRA CARDONA BARILLAS	4,500.00
30/09/2020	2608	CHEQUE	CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO AYUDANTE DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.	0506198901372 - JIMENA FABIOLA VELEZ MENCIAS	9,300.00
30/09/2020	2609	CHEQUE	CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO AYUDANTE DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.	0413197700054 - DODAI MADRID SALGUERO	9,300.00
30/09/2020	2610	CHEQUE	CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.	0401198900076 - CELENY ALEJANDRA PEREZ SORTO	29,337.63

30/09/2020	2611	CHEQUE	CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO PERSONAL DE ASEO EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020, PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.	0402199300339 - ELDA PATRICIA LOPEZ LUGO	9,300.00
30/09/2020	2612	CHEQUE	CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020, PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.	0705197300015 - CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ	29,337.63
30/09/2020	2613	CHEQUE	CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020, PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.	0402197600039 - GLADIS ONDINA SOLIS RAMIREZ	12,600.00
05/10/2020	2622	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 55 BOLSAS DE CEMENTO, QUE SERÁN UTILIZADAS PARA HECHAR PLANCHON EN EL SITIO DONDE FUNCIONARA CENTRO DE TRIAJE EN EL INSTITUTO JOSE TRINIDAD CABAÑAS. PAGADO CON FONDOS PARA CENTRO DE TRIAJE.	0402197800053 - JOSE ALBERTO SALAZAR DUBON	11,000.00
09/10/2020	2643	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURA POR ELABORACIÓN DE BANNER DE 2X1 METRO QUE SERA INSTALADO EN EL CENTRO DE TRIAJE ADICIONAL, UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS, COPAN.	04041985013108 - PEDRO EDGARDO RAMIREZ PORTILLO	700.00
09/10/2020	2648	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE TUBOS, VÁLVULA, CODOS, LLAVE, TUBOS DE DRENAJE Y COLORANTE PARA PISO. MATERIAL UTILIZADO PARA INSTALACIÓN DE AGUA POTABLE EN EL TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS COPAN.	04161977000944 - FREDI ANTONIO ARITA LEMUS	4,220.00
09/10/2020	2649	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE TUBOS, VÁLVULA, CODOS, LLAVE, TUBOS DE DRENAJE Y COLORANTE PARA PISO. MATERIAL UTILIZADO PARA INSTALACIÓN DE AGUA POTABLE EN EL TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS COPAN.	0402197800053 - JOSE ALBERTO SALAZAR DUBON	4,220.00

14/10/2020	2660	CHEQUE	CANCELACIÓN DE DOS FACTURAS POR COMPRA DE INSUMOS DE LIMPIEZA; GEL GALON, ALCOHOL GALON, DESINFECTANTE LIMPIOX, EOLSA 4X8, PAÑO DE MICROFIBRA, PASTE VERDE, PAPEL TOALLA ELITE, PAPEL SCOT Y JABON ANTOIVACTERIAL. PARA SER UTILIZADO EN EL CENTRO DE TRIAJE.	04061987000451 - JOSE ESTEBAN LOPEZ ALVARADO	10,206.00
15/10/2020	2675	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE DIFERENTES EQUIPO MEDICO Y MATERIALES DE LIMPIEZA Y OTROS ACCESORIOS QUE SERÁN UTILIZADOS EN ESTABLECIMIENTO DEL TRIAJE UBICADO EN EL GOLFIO UBICADO EN EL GOLFIO PARA ATENDER PERSONAS CON SÍNTOMAS Y SOSPECHA DE COVID-19 DURANTE LA EMERGENCIA.	08011985124081 - MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VELASQUEZ	111,942.65
15/10/2020	2679	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 6 TUBOS GALVANIZADOS DE 1 PULGADA A L. 250.00 CADA UNO Y 3 LIBRAS DE ELECTRODOS A L. 40.00 CADA UNO, MATERIALES QUE SERÁN UTILIZADOS PARA HACER DIVISIONES EN SALAS PARA CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS COPAN.	04021978000053 - JOSE ALBERTO SALAZAR DUBON	1,620.00
02/11/2020	2741	CHEQUE	PAGO POR LABORAR COMO AYUDANTE DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.	04131977000054 - DODAI MADRID SALGUERO	9,300.00
02/11/2020	2742	CHEQUE	PAGO POR TRABAJAR ENCARGADA DEL ASEO EN EL CENTRO DE TRIAJE CITEA, REALIZANDO LAS ACTIVIDADES, RECEPCIÓN DE PACIENTES, APOYAR A LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA, FACILITAR SALIDA DEL PACIENTE, DESINFECCIÓN DE ÁREAS COMUNES, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD A LAS PERSONAS QUE ASISTAN A LOS CENTROS, Y DEMÁS ACTIVIDADES ATINENTES AL CARGO.	0402199300339 - ELDA PATRICIA LOPEZ LUGO	9,300.00
02/11/2020	2743	CHEQUE	PAGO POR LABORAR COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.	04011989000076 - CELENY ALEJANDRA PEREZ SORTO	29,337.63

02/11/2020	2744	CHEQUE	PAGO POR LABORAR COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.	0705197300015 - CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ	29,337.63
02/11/2020	2745	CHEQUE	GASTO RECURRENTE VARIABLE: PAGO DE DOCUMENTO PAGO POR LABORAR COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.	0402197600039 - GLADIS ONDINA SOLIS RAMIREZ	12,600.00
02/11/2020	2746	CHEQUE	PAGO POR LABORAR COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.	1301197100036 - ELIDA CMERI LOPEZ CHAVEZ	12,600.00
02/11/2020	2747	CHEQUE	PAGO POR TRABAJAR ENCARGADA DEL ASEO EN EL CENTRO DE TRIAJE CITEA, REALIZANDO LAS ACTIVIDADES, RECEPCIÓN DE PACIENTES, APOYAR A LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA, FACILITAR SALIDA DEL PACIENTE, DESINFECCIÓN DE ÁREAS COMUNES, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD A LAS PERSONAS QUE ASISTAN A LOS CENTROS, Y DEMÁS ACTIVIDADES ATINENTES AL CARGO.	0402197900111 - NELY XIOMARA FLORES SOLORZANO	6,000.00
02/11/2020	2749	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURAS POR SERVICIO DE TRANSPORTE DE LA AMBULANCIA DE LA CRUZ ROJA COPAN RUINAS, PARA TRASLADO DE PACIENTES DE EMERGENCIA CON COVID 19, HACIA EL HOSPITAL DE OCCIDENTE EN SANTA ROSA COPAN.	08019995337188 - CRUZ ROJA HONDUREÑA	4,640.00
02/11/2020	2751	CHEQUE	CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE ALIMENTACIÓN, PARA PERSONAS DE ESTE MUNICIPIO QUE FUERON INTERNADAS EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, YA QUE PARA SUS FAMILIAS ES DIFÍCIL VIAJAR HASTA COPAN RUINAS A DEJAR ALIMENTOS, AYUDA A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS.	1401198001589 - MIRIAN YOLANDA PEÑA	1,207.50
02/11/2020	2755	CHEQUE	CANCELACIÓN DE CONTRATO POR LABORAR COMO AYUDANTE DE ENFERMERÍA, EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN EN COPAN RUINAS. CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DE 2020.	0506198901372 - JIMENA FABIOLA VELEZ MENCAS	9,300.00

02/11/2020	2758	CHEQUE	PAGO DE CONTRATO POR LABORAR QUINCE DÍAS COMO VIGILANTE EN EL CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFO, CABAÑAS COPAN, CORRESPONDIENTE A QUINCE DÍAS DEL MES DE OCTUBRE 2020.	0402199600237 - DENNIS NOEL MANCHAME VILLEDA	3,000.00
06/11/2020	2778	CHEQUE	PAGO POR LAERAR COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.	0402198800169 - GLENDA CAROLINA SALAZAR DUBON	29,337.63
12/08/2020	186	NOTA DE CREDITO	OPERACION BANCARIA: TRASLADO A LA CUT, TRANSFERENCIA DE EMERGENCIA COVID 19, OPERACIÓN FUERZA HONDURAS		373,900.80
31/08/2020	190	NOTA DE CREDITO	OPERACION BANCARIA: TRASLADO A LA CUT POR INGRESO DE TRANSFERENCIA DE EMERGENCIA COVID-19, OPERACIÓN FUERZA HONDURAS		160,243.20
18/09/2020	196	NOTA DE CREDITO	OPERACION BANCARIA: TRASLADO DE TRANSFERENCIA DEL 45% ASIGNADO DEL MES ABRIL PARA IMPLEMENTACION CENTROS DE TRIAJE PROGRAMA "FUERZA HONDURAS"		635,657.55

Total Libreta: 624,144.90

Total: 624,144.90

Saldo Final: 549,876.65



ANARDO NAPOLEON MATA
ALCALDE MUNICIPAL



ELMA CAROLINA MAYORGA
TESORERA MUNICIPAL

RESUMEN DE COSTOS DE INVERSIÓN Y OPERACIÓN

COSTO INICIAL DE INVERSIÓN (Lempiras)	
BIENES	COSTO
EQUIPAMIENTO	150,770.00
ADECUACIÓN DE ESPACIO 1/	43365.14
SUBTOTAL	194,135.14
GASTOS MENSUALES (Lempiras)	
RECURSOS HUMANOS	137,075.25
EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	108,512.00
OTROS INSUMOS	29,895.25
SUBTOTAL	275,482.50
Nº DE MESES	3.00
COSTO DE OPERACIÓN DEL PERÍODO	816,447.89
OTROS GASTOS MENSUALES	54,739.60
Nº DE MESES	3.00
TOTAL OTROS GASTOS EN EL PERÍODO	164,218.80
TOTAL INVERSIÓN MAS COSTOS DE OPERACIÓN	1169,801.47

ESTIMACIÓN

1169801.65 -0.18

1/ Adecuación de espacios: debe presentarse un detalle de estos gastos.

Equipamiento de AREA DE TRIAJE

	Listado de Insumos	Cantidad	Precio	Total
Acondicionamiento del centro de triaje Ubicado en el Golfo, Cabañas	Cemento	55	220.00	12100.00
	Arena (Volqueta)	1	1000.00	1000.00
	Hierro de 1/4	22	43.87	965.14
	Puertas	1	2500.00	2500.00
	Balcones (Ventanal de 6 x 1m)	2	8500.00	17000.00
	Carpa	1	8000.00	8000.00
	Mano de Obra	1	1800.00	1800.00
	Total			



RECURSO HUMANO (continuación)

N°	Recursos humanos	Cantidad	Costo Mensual	Costo Estimado Mensual	Observaciones
2	Médicos General	1	29,970.00	59,970.00	médicos en turno de la mañana y en turno de la tarde de lunes a domingo, y médicos de guardia
3	Enfermeras	2	22,000.00	22,000.00	Enfermeras Profesionales en Turno A, enfermeras en turno B de Lunes a Domingo
4	Microbiólogos	0	18,000.00	0.00	Microbiólogos en Turno A, Microbiólogos en turno B de Lunes a Domingo, microbiólogo en turno C
5	Auxiliar de Enfermería	3	12,600.00	37,800.00	auxiliares Enfermera en Turno A, enfermeras en turno B y Turno C
6	Personal de Aseo	1	9,300.00	9,300.00	
7	Ayudante	1	9,300.00	9,300.00	
TOTAL		8		137,075.26	



EQUIPAMIENTO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO (Lempiras)

N°	EQUIPOS Y MOBILIARIOS	CANTIDAD	COSTO
1	Estetoscopios	3	1,200.00
2	Esfignomanometro	5	2,500.00
3	Termómetros laser	3	3,000.00
4	Odímetros de pulso	3	1,200.00
5	Glucómetros con sus cintas	1	300.00
6	Carro rolo (carro choque)	1	10,000.00
7	Negatoscopio	1	1,200.00
8	Balanzas medicas con tallimetro	1	12,700.00
9	Tanques de Oxigeno	2	11,000.00
10	Manómetros	5	1,750.00
11	condensador de oxigeno	1	25,000.00
12	Atril porta sueros de acero de acero inoxidable de 4 - 5	1	1,300.00
13	Camilla de transporte	1	30,000.00
14	Escritorios	1	4,000.00
15	Sillas ejecutivas	1	1,000.00
16	Camillas	1	5,000.00
17	Sillas de espera de pacientes	25	300.00
18	Sillas de ruedas	1	7,000.00
19	Silla ergonomica microbiologo	1	4,000.00
20	Archivo	1	4,000.00
21	Basureros con pedal pequeño	5	500.00
22	Basureros grandes para descarte de EPP	1	1,500.00
23	Dispensador papel toalla	1	100.00
24	Pediluvio	1	750.00
25	Ventilador de pedestal	1	300.00
26	Oasis electrico (Dispensador Agua)	1	3,000.00
27	Atomizador para desinfección del área	2	3,000.00
28	Dispensadores de Gel antibacterial	1	150.00
29	Camas con sus sabanas	1	6,000.00
30	Refrigeradoras pequeña	1	8,000.00
	TOTAL		

NOTA: Los costos unitarios son referencia de la SESAL, puede también consultar el Observatorio de precios emergencia en el link que aparece en la guía.



REQUERIMIENTOS DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (Lempiras)

ITEM	CANTIDAD MENSUAL	COSTO UNITARIO	TOTAL
Guantes No estériles descartables (Talla S,M, L) Caja	50	300.00	9,000.00
Guantes Estériles (N° 6,5,7,8)	50	12.00	600.00
Batas protectoras	8	112.00	896.00
Overol	15	950.00	14,250.00
Gorros de protección	200	4.00	800.00
Cubre-botas descartables	200	3.82	764.00
Batas descartables	300	120.00	36,000.00
Mascarilla Niosh N95	101	202.00	20,402.00
Mascarilla quirúrgica	800	25.00	20,000.00
Botas de hule (Talla 6,7,8)	4	200.00	800.00
TOTAL			103,512.00

NOTA: Los costos unitarios son referencia de la SESAL, puede también consultar el Observatorio de precios para insumos de emergencia en el Link que aparece en la guía.



OTROS INSUMOS (Lempiras)

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO					
A	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT	PRECIO	VALOR
1	Venoclisis	Unidad	0	0.00	0.00
2	Cateter No.20	Unidad	0	0.00	0.00
3	Jeringas	Unidad	0	0.00	0.00
4	Mirposas	Unidad	0	0.00	0.00
5	Algodón	Rollo	0	0.00	0.00
6	Espadrapo	Rollo	0	0.00	0.00
7	Mascarillas con reservorio	Unidad	5	630.00	3,150.00
8	Puntas Nasales	Unidad	5	280.00	1,400.00
	TOTAL				4,550.00

INSUMOS DE LIMPIEZA					
B	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT	PRECIO	VALOR
9	Lubón Antibacterial	Galones	35	190.00	6,750.00
10	Hipoclorito de sodio granulado	cubeta	0	0.00	0.00
11	Alcohol Gel al 70%- 80%	Galones	5	400.00	2,000.00
12	Bolsas rojas 18*24	Fardo	3	785.00	2,355.00
13	Bolsas rojas 24*32	Fardo	0	0.00	0.00
14	Cloro al 5.5%	galon	40	60.00	2,400.00
15	Desinfectante para pisos	Galón	10	50.00	500.00
16	Detergente sin polvo	Fardo	4	625.00	2,500.00
17	Baldes para acarreo de agua	unidad	3	36.00	108.00
18	Carros para trapeador	Unidad	3	400.00	1,200.00
19	Palo de trapeador con rosca	Unidad	3	12.00	35.00
20	MiCHA para trapeador	Unidad	5	38.00	190.00
21	Escobas	Unidad	0	0.00	0.00
22	Guanfes amarillos de hule	Par	6	18.00	110.00
23	Paños de microfibra (Toalla)	Unidad	12	12.00	144.00
24	Cepillo para inodoro	Unidad	2	32.00	64.00
25	Pala para recoger basura	Unidad	3	18.00	54.00
26	Pastes Verdes	Unidad	7	5.00	35.00
	TOTAL				18,875.00

OTROS					
C	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT	PRECIO	VALOR
27	Baterias AAA recargable	Unidad	10	58.00	580.00
28	Papel higiénico	Rollo Grande	40	55.00	2,200.00
29	Papel toalla	Paquete	25	130.33	3,258.25
30	Vasos desechables cónicos	Caja	4	52.00	208.00
	TOTAL				6,170.25

TOTAL					19,895.25
--------------	--	--	--	--	------------------



OTROS GASTOS MENSUALES

	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANT	PRECIO	VALOR
1	Combustible	galones	140	80.64	11,289.60
2	Pruebas Rápidas	unidad	20	500.00	10,000.00
4	Llave Ingress	unidad	0	152.00	0.00
5	Ataud	unidad	3	1,750.00	5,250.00
6	Agua purificadas	botella	20	20.00	400.00
7	Materiales para pruebas	unidad	1	9,500.00	9,500.00
8	Recargo de tanque de oxígeno	unidad	10	2,500.00	25,000.00
9	Materiales desinfección, bioseguridad	botella	1	2,500.00	2,500.00
10	Nylon / bolsa mortuoria	paquete	1	2,000.00	2,000.00
11	Alquiler de ambulancia	vía	2	6,000.00	12,000.00
	TOTAL				54,739.60

Nota: Aquí se registran otros gastos que no están contemplados en los rubros anteriores, por ejemplo: mantenimiento, combustible, contratación de transporte, repuestos urgentes, ataúdes, papelería y otros. En unidad coloque rollos, paquetes, galones, otros. En cantidad, según el número de unidades. En precio, el que corresponde al producto o servicio.



ANARDO NAPOLEÓN MATA GIRÓN
ALCALDE MUNICIPAL



Dr. MANRIQUE ALONSO ESTRADA ELVIR
DIRECTOR MUNICIPAL DE SALUD





Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 09/10/2020
Hora : 11:16 a.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11643
L: 700.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 2643
Fecha de Emisión: 9/10/2020
No. Cheque/Nota de Débito:
Pague a: PEDRO EDGARDO RAMIREZ PORTILLO
La Cantidad en Letras: SETECIENTOS CON CERO CENTAVOS

Id/RTN: 04041985013108

Descripción:

CANCELACIÓN DE FACTURA POR ELABORACIÓN DE BANNER DE 2X1 METRO QUE SERA INSTALADO EN EL CENTRO DE TRIAJE ADICIONAL, UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS, COPÁN.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	700.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	--------

203	RETENCIONES DE ISV	91.30
Total de retenciones:		91.30

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	700.00
Monto Total:		700.00

SUBTOTAL	700.00
- RETENCIONES	91.30
TOTAL	608.70

Firma y Sello de Presupuestario	Firma y Sello de Alcalde (sa)	Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:
Identidad No.:

0e+ja9JmotYpkSAwURQn9Vjcz.JpGGgAfxbukWzIRMUvMle00wFd2u3kWejMCCIm5rALBZx6ZDXX+2TbFQyKub5IQH+27ZF+VWUW9kukiniP7eghdeu7Jqny3V06-0SpA6bavmf9wEVn0J277Egz+3Yc



ALCALDIA MUNICIPAL CABAÑAS COPÁN

R.T.N : 08019995370181
CAL EB4F52-A71F02-044998 C5098D-853D29-8E
Barrio El Centro, Cabañas, Copán, Honduras
Tel. (504) 9904-4078 E-mail: muni.cabañascopan@gmail.com



DIA	MES	AÑO
09	10	2020

Sr(a): Imprenta El Copaneco

R.T.N. 0404-1985-013108

CAL: 1CF25D-2F2C1E-A24633-5BAC7A-3A7B
4D-2D

No. de Correlativo: _____

Fecha de emisión: _____

No.	Descripción del impuesto retenido	Base Imponible	% de Retención	Importe Total Retenido
1	Banner 2x1 metro.	700	15%	91.30

COMPROBANTE DE RETENCIÓN

190.000-001-05-0900042

[Handwritten signature]

 Alcaldía Municipal Cabañas Copán
 2020-10-09



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)

Emisión: 02/11/2020
Hora : 09:13 a.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11747
L.: 12,600.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2745

Fecha de Emisión: 2/11/2020

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: GLADIS ONDINA SOLIS RAMIREZ

Id/RTN: 0402197600039

La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

PAGO POR LABORAR COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------

Total de retenciones:		0.00
-----------------------	--	------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

SUBTOTAL	12,600.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,600.00

Firma y Sello de Presupuestario 	 Firma y Sello de Alcalde (sa) 	Firma y Sello de Tesorero  
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recibido por: 
Identidad No.: 0402-1976-00039

0s+jsq9JlmdYpkSAsURQa9VjczJlpGGgAfx8ukWzIRMUvd0loSSwFd2u5kWeq5RiOC9m5rJL8ZX6Z200q+2TbFGyKckajOIj27ZF+WW#8(NuJnIP7cgNcuTJeny3V0c /05pA6b8vmf9wEVn0J2T7Egz+3Yc



MUNICIPALIDAD DE CABANAS COPAN
 BARRIO EL CENTRO, CABANAS, COPAN
 TEL: 9994-4076

CHEQUE No. 00000849

CABANAS

2 de noviembre de 2020

Cuenta No. 11-102-000535-2

Lugar y Fecha

GLADIS ONDINA SOLIS RAMIREZ S.A.

12.600.00

Páguese a la orden de

DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras

Banco de Occidente S.A.

Firma(s)

⑆ 4042010760014402000535200000049 ⑆

ORDEN DE PAGO		MOTIVO DEL PAGO	
ORDEN DE PAGO	POR	DEBE	HABER
PAGO DE PAGO POR LABORAR COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA ESTABILIZACION, CURRIS SUFICIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.		EN EL CENTRO DE	TRAJE Y
CONTABILIDAD <input type="checkbox"/> AUDITORIA <input type="checkbox"/> RECIBI CONFORME <input type="checkbox"/>		CHEQUE No. 00000849	

BANCO OCCIDENTE S.A. RELEV. K.M. 20.500 CARRETERA OCCIDENTAL P.O. BOX 11111 TEL: 9994-4076 FAX: 9994-4077



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPÁN



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copán, con identidad No. **1406-1953-00024** actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la municipalidad de Cabañas, Copán, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **GLADIS ONDINA SOLIS RAMIREZ**, con identidad número **0402-1976-00039** de profesión auxiliar de enfermería y vecina de este municipio, 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 de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**. EL CONTRATADO quien se compromete a laborar como: ENFERMERA quien tendrá su sede en el municipio de Cabañas, Copán, en el CENTRO DE TRIAJE.

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

Atender a pacientes, labores de pre-clínica, apoyar en el diagnóstico y brindar o aplicar el tratamiento correspondiente indicado por el médico.

Abrar, archivar y revisar expedientes.

Brindar consejería e insertar medidas de bioseguridad en los centros de trabajo

Facilitar la salida de pacientes y apoyo en el internamiento de pacientes.

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

Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.

Revisar frecuentemente y asegurar la existencia de papelería, medicamento y demás insumos necesarios en los centros de triaje y aislamiento

Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.

Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 **DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS (L.12, 600.00)** 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 de acuerdo a los diferentes centros o servicios a los cuales este designado. Los centro en los que prestara sus servicios serán: Centro de triaje CITEA, y Equipos de Respuesta Rápida, los turnos de trabajo serán de la siguiente manera:

- A- serán turnos de doce horas por tres días consecutivos teniendo descanso los tres días siguientes, prestando servicio de lunes a domingo.
- B- Equipo de respuesta rápida con ocho horas diarias laborables de lunes a viernes, realizando actividades en todo el municipio.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el contratante o al 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 periodo de EL CONTRATO. EL CONTRATANTE no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que EL CONTRATADO o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

CLÁUSULA 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 Cabañas departamento de Copán a los primeros (01) días del mes de octubre del año 2020.




GLADIS ONDINA SOLÍS RAMÍREZ
CONTRATADA



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

GLADIS ONDINA / SOLIS RAMIREZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL :22 ENERO 1976
SEXO : FEMENINO
VALIDA EL :11 SEPTIEMBRE 2009

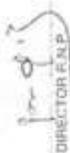


0402-1976-00039

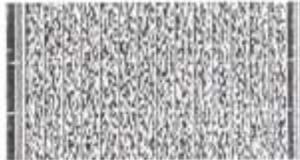


03181910-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: "Si alguna 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 0402

GLADIS ONDINA / SOLIS RAMIREZ

0402-1976-00039



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



SAMI

Emisión: 30/09/2020

Hora : 11:21 a.m.

USUARIO: IRIS.OLIVEROS

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11613

L: 12,600.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2613

Fecha de Emisión: 30/9/2020

No. Cheque/Nota de Débito:

Paguese a: GLADIS ONDINA SOLIS RAMIREZ

ID/RTN: 0402197600039

La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	-------------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID-19 FUERZA HONDURAS	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

SUBTOTAL	12,600.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,600.00

Firma y Sello de Presupuestario	Firma y Sello de Tesorería
Firma y Sello de Alcalde (sa)	

Recibido por: Gladi O. Solis
Identidad No.: 0402-1976-00039

0a+js59JmcfYxkSAaLURQa9V/czJipGGgAfx8ukWzRMLUvdfilo8SwFd2uSkWeg5kDC9m5rJL8ZX6ZZU0qj+2TbFDyKclqDlq27ZT+WUNf0NuJhP7cgNouTJqny3V0c/0SpAGbevmf9wEVn0J2T7EgZ+3Yc

MOTIVO DEL PAGO	
ORDEN DE PAGO	POR
MOMENTO CONTABLE	DEBE HABER
PAGO DE CANCELACION DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACION, CORRESPONDIENTE A UN MES DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDUR	
	
CONTABILIDAD	AUDITORIA
1	RECIBI CONFORME
	CHEQUE No. 00000717

INFORMATICA MUNICIPAL SA DE CV
 CARRANZA Y CAJALAN, AV. CENTRAL 1000, SAN PEDRO DE SULA, HONDURAS



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPÁN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copán, con identidad No. 1406-1953-00024 actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la municipalidad de Cabañas, Copán, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **GLADIS ONDINA SOLIS RAMIREZ**, con identidad número **0402-1976-00039** de profesión auxiliar de enfermería y vecina de este municipio, 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 de **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**. EL CONTRATADO quien se compromete a laborar como: **ENFERMERA** quien tendrá su sede en el municipio de Copan Ruinas, en el **CENTRO DE TRIAJE y ESTABILIZACION**.

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

Atender a pacientes, labores de pre-clínica, apoyar en el diagnóstico y brindar o aplicar el tratamiento correspondiente indicado por el médico.

Ammar, archivar y revisar expedientes.

Brindar consejería e insertar medidas de bioseguridad en los centros de trabajo

Facilitar la salida de pacientes y apoyo en el internamiento de pacientes

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

Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.

Revisar frecuentemente y asegurar la existencia de papelería, medicamento y demás insumos necesarios en los centros de triaje y aislamiento

Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.

Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 **DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS (L.12, 600.00)** 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 de acuerdo a los diferentes centros o servicios a los cuales este designado. Los centro en los que prestara sus servicios serán: Centro de triaje CITEA, centro de estabilización La Estanzuela y Equipos de Respuesta Rápida, los turnos de trabajo serán de la siguiente manera:

- A- En el Centro de estabilización la Estanzuela y Triaje el CITEA: serán turnos de doce horas por tres días consecutivos teniendo descanso los tres días siguientes, prestando servicio de lunes a domingo.
- B- Equipo de respuesta rápida con ocho horas diarias laborables de lunes a viernes, realizando actividades en todo el municipio.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el contratante o al 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 es-time 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 con-vengan 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 Cabanas departamento de Copán a los primeros (01) días del mes de septiembre del año 2020.



ANARDO NAPOLEÓN NIATA
ALCALDE MUNICIPAL

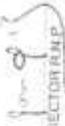

GLADIS ONDINA-SOLIS RAMIREZ
CONTRATADA


REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD
 GLADIS ONDINA / SOLIS RAMIREZ


 HONDUREÑA POR NACIMIENTO
 NACIO EL 22 ENERO 1976
 SEXO FEMENINO
 EMITIDA EL 11 SEPTIEMBRE 2009


 0402-1976-00039
 03101010-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: *Quiere Actuada o pasiva*
quiere pasar a una persona de la lista de la Tarjeta de Identidad. La infracción de la
disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.


 DIRECTOR R.M.P.



SOLICITADA EN 0402
 GLADIS ONDINA / SOLIS RAMIREZ
 0402-1976-00039



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

GLADIS ONDINA / SOLIS RAMIREZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 22 ENERO 1976
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 11 SEPTIEMBRE 2009

0402-1976-00039



03161910-02

ESTE DOCUMENTO DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS, emitido en virtud de la Ley de Registro de las Personas, es válido para todos los efectos legales.

SECRETARÍA DE ESTADO
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS



SOLICITADA EN 0402

GLADIS ONDINA / SOLIS RAMIREZ

0402-1976-00039



República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 19/04/2017

RTN: 04021976000394

GLADIS ONDINA SOLÍS RAMÍREZ
Nombre e Razón Social

Inscripciones	
Ventas Selective	<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"/>

Nota legal: Art. 1, 2 y 3 del Decreto 123 del R. y G. de Honduras, del 14 de febrero de 1974, modificados por el Decreto 107 del R. y G. de Honduras, del 10 de agosto de 2005, Art. 16 del Decreto 57 del R. y G. de Honduras, del 14 de febrero de 1974, Art. 30 del Decreto 22 del R. y G. de Honduras, del 14 de febrero de 1974, Art. 10 del Decreto 107 del R. y G. de Honduras, del 10 de agosto de 2005, Art. 21 del Decreto 51 del R. y G. de Honduras, del 14 de febrero de 1974, Art. 15 del Decreto 163 del R. y G. de Honduras, del 14 de febrero de 1974, Art. 17 del Decreto 24 del R. y G. de Honduras, del 14 de febrero de 1974.



Administración Tributaria

Debe conservarse este documento en el expediente de inscripción en el Registro Tributario Nacional, conforme al artículo 42 numeral 5 del Código Tributario de Honduras, con el número de Documento SAR-412-2560141. Dirección: Tegucigalpa, Honduras. Teléfono: (504) 2222-1111.



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

Emisión: 05/10/2020

Hora : 08:54 a.m.

USUARIO: IRIS.OLIVEROS

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11622

L.: 11,000.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2622

Fecha de Emisión: 5/10/2020

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: JOSE ALBERTO SALAZAR DUBON

Id/RTN: 0102197300053

La Cantidad en Letras: ONCE MIL CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 55 BOLSAS DE CEMENTO, QUE SEFÁN UTILIZADAS PARA HECHAR PLANCHON EN EL SITIO DONDE FUNCIONARA CENTRO DE TRIAJE EN EL INSTITUTO JOSE TRINIDAD CABAÑAS, PAGADO CON FONDOS PARA CENTRO DE TRIAJE.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	11,000.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID-19 FUERZA HONDURAS	11,000.00
Monto Total:		11,000.00

SUBTOTAL	11,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,000.00

Firma y Sello de Presupuestario 	 Firma y Sello de Alcalde (sa) 	Firma y Sello de Tesorero  
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recibido por: Jose Alberto Salazar Dubon
Identidad No.: 0102197300053

ORDEN DE PAGO		MOTIVO DEL PAGO	
	POR		
	MOVIMIENTO CONTABLE	DEBE	HABER
PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 55 BOLSAS DE CEMENTO, QUE SERÁN UTILIZADAS PARA HECHAR PLANCHON EN EL SITIO DONDE FUNCIONARA CENTRO DE TRIAJE EN EL INSTITUTO JOSE TRINIDAD CABAÑAS. PAGADO CON FONDOS PARA CENTRO DE TRIAJE.			
			CHEQUE No. 00000728
CONTABILIDAD	AUDITORIA	RECIBI CONFORME	

PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 55 BOLSAS DE CEMENTO, QUE SERÁN UTILIZADAS PARA HECHAR PLANCHON EN EL SITIO DONDE FUNCIONARA CENTRO DE TRIAJE EN EL INSTITUTO JOSE TRINIDAD CABAÑAS. PAGADO CON FONDOS PARA CENTRO DE TRIAJE.



FERRETERIA SUYAPITA

Venta de materiales para construcción

Dic: Jose Alberto Salazar Dubón R.T.N. 04021978000530

C/I: 840113-C98FF1-744C89-E82C68-5F15B0-A0

Barrio El Centro, Cabañas, Copán, Honduras

Tel. (504)9936-7010

E-mail: ferreteriasuyapita@gmail.com

Cliente: Municipalidad.

Día	Mes	Año
05	10	2020

R.T.N. _____

Dirección: Cabañas Copán -

Contado Crédito

CANT	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNIT.	DESCUENTOS Y REBAJOS OTORGADOS	TOTAL
55	Cemento.	200%		11,000.-
<div style="font-size: 4em; opacity: 0.5;">11211</div>				

No. correlativo de orden de compra emitida		SUB-TOTAL L.	9565.22
No. correlativo de constancia de registro de exonerado		IMPORTE EXONERADO L.	
No. identificativo del registro de la SAG		IMPORTE EXENTO L.	
FACTURA Original: Cliente / Copia: Emisor No. 002-001-01-00011812		IMPORTE GRAVADO 13% L.	
		IMPORTE GRAVADO 18% L.	
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIALA"		I.S.V. 13% L.	1434.78
Valor en letras: <u>Once mil</u>		I.S.V. 18% L.	
		TOTAL A PAGAR L.	11,000.-

Imprenta El Copaneco, Tel. 2651-4356 R/TN 0404 - 305013108 No Certificación Imprenta: 9221-14-10500-162
Comienzo: 002-001-01-00009901 Termina: 002-001-01-00012300 Emisión: 02/2019 Fecha Límite de Emisión: 22/02/2020



Municipalidad de Cabañas, Copán.
muni_cabanascopan@yahoo.co



COTIZACIÓN

Solicitado por Municipalidad de Cabañas Copán

Proveedor o Contratista: Ferreteria Suyapita
Teléfono:
Dirección: B ^{ca} El Centro, Cabañas
Correo Electrónico:

Nº	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1.	Cemento	55	L.700.00	L.11,000.00

José Soler
Nombre del Contacto



[Firma]
Firma y Sello del Proveedor

05-10-20
Fecha



Municipalidad de Cabañas, Copán.
muni_cabanascopan@yahoo.co



COTIZACIÓN

Solicitado por Municipalidad de Cabañas Copán

Proveedor o Contratista: Comercial Maya
Teléfono:
Dirección: Copán Ruinas
Correo Electrónico:

Nº	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1.	Cemento	55	L. 210.00	L11,550.00

Eliza Ramalad
Nombre del Contacto

Eliza Ramalad
Firma y Sello del Proveedor

05-10-20
Fecha

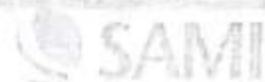


Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 30/09/2020

Hora : 11:15 a.m.

USUARIO: IRIS.OLIVEROS

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11612

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2612

Fecha de Emisión: 30/9/2020

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ

Id/RTN: 0705197300015

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

Descripción:

CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	-------------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario 		Firma y Sello de Tesorería
Firma y Sello de Alcalde (sa) 		

Recibido por:

Identidad No.:

0705-1973-00015

0s+js/9JmctYpkSAstURDa9VjczJpGGgAfx0ukWzIRMUvdfl08SwFd2uSkWeq5kQC9m5rJL8ZX6ZZX0j+2TbF12yKckqIOlq27ZF+WUN8KnuJnIP7cgNcuTJqny3V0c /05pA6bsvm9wEVn0J2T7Egz+3Yc

ORDEN DE PAGO

POR

MOTIVO DEL PAGO

MOVIMIENTO CONTABLE

DEBE

HABER

PAGO DE CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORA MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.



CONTABILIDAD

AUDITORIA

RECIBI CONFORME

CHEQUE No.

00000716

RECIBI CONFORME AL 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2020



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPAN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copan, con identidad No. 1406-1953-00024, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Cabañas, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ**, Con Identidad número **0705-1973-00015**, de profesión Médico General, casado y con domicilio en este municipio, 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 Copan Ruinas, en el CENTRO DE TRIAJE y CENTRO DE ESTABILIZACION.

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

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L.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 de acuerdo a los diferentes centros o servicios a los cuales este designado. Los centros en los que prestara sus servicios serán: Centro de Triaje CITEA, centro de estabilización La Estanzuela y Equipos de Respuesta Rápida, los turnos de trabajo serán de la siguiente manera:

- A- En el Centro de estabilización la Estanzuela y Triaje el CITEA: serán turnos de doce horas por tres días consecutivos teniendo descanso los tres días siguientes, prestando servicio de lunes a domingo.
- B- Equipo de respuesta rápida: en horario de 8:00 A.M a 2:00 P.M. de lunes a viernes, realizando actividades en todo el municipio.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el CONTRATANTE o al 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 con-vengan 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 Cabañas, departamento de Copan a los primeros 01) días del mes de septiembre del año 2020.



[Handwritten signature]
ANARDO NAPOLEÓN MATA
Alcalde Municipal



[Handwritten signature]
CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ
CONTRATADO



Dr. Carlos Anibal Martínez Rodríguez

Medico, Medicina General

Col. Palmira, Calle Redondo de los Artesanos, Casa #316, Bloque #1,

Domicilio Propio, Frente a Centro Cultural de España. Cel: 9591-9949

R.T.N. 07051973000154 E-mail: camra73@hotmail.com

CAI D5FAD5-9D84DF-8A4E9E-A129A3-F985A9-90

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

N° 000-001-04-000000 02

30 de Septiembre de 2020

Recibí de: MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS

R.T.N.: 08019995370181

La cantidad de: VEINTE Y NUEVE MIL TRECIENTOS TREINTA Y SIETE Lps con SESENTA Y TRES

Por concepto de: Servicios Profesionales

Armando Rivero Pagador / Informes Gráficas Act 1 Honorario Tel: 2224-573 R.T.N. 05081968000510 Certificado No. 8231-15-10500-22 50 Formas 000-001-04-00000001 000-001-04-00000050

Original: Cliente Copia: Obligado Tributario Emisor

FECHA LÍMITE DE EMISIÓN 11/02/2021


Firma



Total Honorarios L. 29.337.63

Retenciones ISR L. 00.00

Neto Recibido L. 29.337.63



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

RTN: 07051973000154

CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ
 Nombre o Razón Social

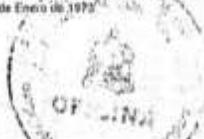
Inscripciones

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

Fecha de Emisión: 20140620

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. 50 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22 07, Art. 38 del Decreto 191-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003-Art. 4, Decreto de Ley N° 14 del 16 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta, N° 26400 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicado el 16 de Enero de 1973

[Handwritten Signature]



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

Número de Documento DEI-412- 1663134

Transacción: 628588

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

CARLOS ANIBAL / MARTINEZ RODRIGUEZ



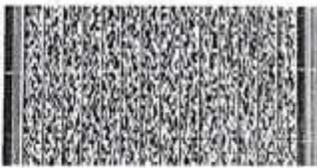
HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL : 12 ENERO 1973
SEXO : MASCULINO
EMITIDA EL : 01 OCTUBRE 2008

0705-1973-00015



00751247-03

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 violacion de la disposicion de este articulo dara lugar a la sancion penal correspondiente.



SOLICITADA EN 0801

CARLOS ANIBAL / MARTINEZ RODRIGUEZ

0705-1973-00015



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 30/09/2020
Hora : 11:10 a.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11611

L: 9,300.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2611

Fecha de Emisión: 30/9/2020

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: ELDA PATRICIA LOPEZ LUGO

Id/RTN: 0402199300339

La Cantidad en Letras: NUEVE MIL TRESCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO PERSONAL DE ASEO EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	9,300.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------

		Total de retenciones:	0.00
--	--	------------------------------	-------------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	9,300.00	
		Monto Total:	9,300.00

SUBTOTAL	9,300.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	9,300.00

Firma y Sello de Presupuestario	 Firma y Sello de Alcalde (sa)	Firma y Sello de Tesorería
---------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

Recibido por: elda Patricia Lopez
Identidad No.: 0402-1993-00339

0s+jsj9JmclYpkSAsURQa9VjczJlpGGgAfx8ukWzIRMLUMdfIb8SwFd2uSkWeq5lrQC9m5rJL8ZX6ZZ1X3j+2TbF12yKclqOIq27ZF+WUNIKNuJnlP7cgNcuTJrny3V0c/05pA6tsvmf9wEVn0J2T7Egz+3Yc

MOTIVO DEL PAGO

ORDEN DE PAGO

FOR

MOVIMIENTO CONTABLE

DEBE

HABER

PAGO DE CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO PERSONAL DE ASEO EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.



[Handwritten signature]
CONTABILIDAD

AUDITORIA

[Handwritten signature]
RECIBI CONFORME

CHEQUE No.
00000715

0402-1993-00339

FOLIO 00000715 DE LA CANCELACION DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO PERSONAL DE ASEO EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPAN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copán, con identidad No. 1406-1953-00024 actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la municipalidad de Cabañas, Copán, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **ELDA PATRICIA LOPEZ LUGO**, con identidad número 0402-1993-00339, de profesión Bachiller en Ciencias y Letras, y vecina de este municipio, 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 ayudante de enfermería de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como **PERSONAL DE ASEO** quien tendrá su sede en el Municipio de Copan Ruinas, en el CENTRO DE TRIAJE CITEA.

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

Recepción de pacientes.

Implementar medidas de bioseguridad en las personas que asista a los centros.

Apoyar en las funciones de enfermería.

Facilitar la salida de pacientes.

Desinfección de áreas comunes.

Asistir a reuniones solicitadas.

Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 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 **NUEVE MIL TRESCIENTOS LEMPIRAS CON CERO CENTAVOS (L.9, 300.00) 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: En el Centro de triaje: CITEA, el turno de trabajo será de la siguiente manera:

A- En el Centro de Triaje el CITEA con horario de 7:00 A.M a 3:00 P.M. de lunes a viernes.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el contratante o al llamado para realizar otro turno si es necesario en dias de trabajo o dias 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 periodo de EL CONTRATO. EL CONTRATANTE no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que EL CONTRATADO o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

CLÁUSULA 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.



ANARDO NAPOLEON MATA
ALCALDE MUNICIPAL

Elda Patricia Lopez Lugo
ELDA PATRICIA LOPEZ LUGO
CONTRATADA

En fe de lo cual, firmamos por el presente CONTRATO en el municipio de Cabañas, departamento de Copán a los primeros (01) días del mes de septiembre del año 2020.

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

ELDA PATRICIA / LOPEZ LUGO



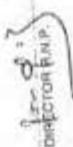
HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL :20 NOVIEMBRE 1993
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL :01 OCTUBRE 2012

0402-1993-00339

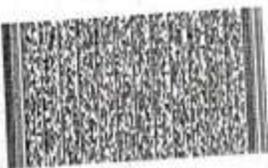


15207540-01

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular podrá prestar a una persona de la familia 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 0402

ELDA PATRICIA / LOPEZ LUGO

0402-1993-00339



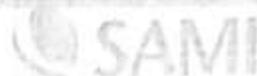
Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN

EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 30/09/2020

Hora : 11:04 a.m.

USUARIO: IRIS.OLIVEROS

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11610

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2610

Fecha de Emisión: 30/9/2020

No. Cheque/Nota de Débito:

Paguese a: CELENY ALEJANDRA PEREZ SORTO

Id/RTN: D401198900076

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

Descripción:

CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63
Total de retenciones:		0.00
11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID-19 FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63
SUBTOTAL		29,337.63
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario 	 Firma y Sello de Alcalde (sa) 	Firma y Sello de Tesorería
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Recibido por:
Identidad No.: 0401198900076

0s+js/j9JmctYpkSAsURQa9VjczJipGGgAfx8ukWztIRMUvdflo8SwFd2uSkWeq5fkQC9m5rJL8ZX6ZZtXkj+2TbFt2yKcjqOIQ27ZF+WUNIKhuJnIP7cgNcuTJqny3V0c/05pA6bsvmf9wEVn0J2T7Egz+3Yc

ORDEN DE PAGO		MOTIVO DEL PAGO	
POR			
MOVIMIENTO CONTABLE		DEBE	HABER
PAGO DE CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORA COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.			
 CONTABILIDAD		 RECIBI CONFORME	
		CHEQUE No. 00000714	

PAGO DE CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORA COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.



MUNICIPALIDAD DE CABANAS COPAN
 BARRIO EL CENTRO, CABANAS, COPAN
 TEL: 9904-4078

CHEQUE No. 00000714

CABANAS

30 de septiembre de 2020

Cuenta No. 11-102-000535-2

Lugar y Fecha

CELENY ALEJANDRA PEREZ SORTO

29,337.63

Páguese a la orden de

VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras

 Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

⑆012010290001102000535200000714⑆

ORDEN DE PAGO		MOTIVO DEL PAGO	
ORDEN DE PAGO	POR		
MOVIMIENTO CONTABLE		DEBE	HABER
PAGO DE CANCELACION DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACION, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS		A PERSONA QUE LABORO COMO MI	LABORO COMO MI
7/10/2020			
CONTABILIDAD	AUDITORIA	RECIBI CONFORME	CHEQUE No. 00000714

INSTITUCION FINANCIERA LA CAJA DE CREDITO Y AHORRO PARA EL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL (CAJA COSTA RICA) INSTITUCION FINANCIERA AUTORIZADA POR LA COMISION NACIONAL DE VALORES Y SEGUROS (CONAVES) EN EL MARCO DE LA LEY DE INSTITUCIONES FINANCIERAS Y SEGUROS (LIS) EN EL MARCO DE LA LEY DE INSTITUCIONES FINANCIERAS Y SEGUROS (LIS) EN EL MARCO DE LA LEY DE INSTITUCIONES FINANCIERAS Y SEGUROS (LIS)



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPÁN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copán, con identidad No. 1406-1953-00024, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Cabañas, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **CELENY ALEJANDRA PEREZ SORTO**, con Identidad número **0401-1989-00076**, de profesión Médico General, soltera y con domicilio en este municipio, 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 Copan Ruinas, en el **CENTRO DE TRIAJE** y **CENTRO DE ESTABILIZACION**.

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

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 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 de acuerdo a los diferentes centros o servicios a los cuales este designado. Los centros en los que prestara sus servicios serán: Centro de Triage CITEA, centro de estabilización La Estanzuela y Equipos de Respuesta Rápida, los turnos de trabajo serán de la siguiente manera:

- A- En el Centro de estabilización la Estanzuela y Triage el CITEA: serán turnos de doce horas por tres días consecutivos teniendo descanso los tres días siguientes, prestando servicio de lunes a domingo.
- B- Equipo de respuesta rápida: en horario de 8:00 A.M a 2:00 P.M. de lunes a viernes, realizando actividades en todo el municipio.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el CONTRATANTE o al 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 periodo de EL CONTRATO. EL CONTRATANTE no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que EL CONTRATADO o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

CLÁUSULA 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 la 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 el presente CONTRATO en el municipio de Cabañas, departamento de Copan a los primeros (01) días del mes de septiembre del año 2020.



[Handwritten signature]
ANARDO NAPOLEÓN MATA
ALCALDE MUNICIPAL

[Handwritten signature]

CELENY ALEJANDRA PEREZ SORTO
CONTRATADO

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

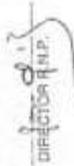
CELENY ALEJANDRA / PEREZ SORTO

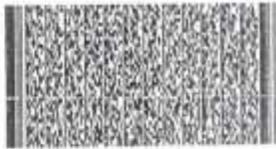
 

HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 26 ENERO 1989
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 11 NOVIEMBRE 2012

0401-1989-00076  1128515-02

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


DIRECTOR GENERAL
R.N.P.



SOLICITADA EN 0501

CELENY ALEJANDRA / PEREZ SORTO
0401-1989-00076



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 21/09/2020

Hora : 02:45 p.m.

USUARIO: IRIS.OLIVEROS

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11566

L: 4,500.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2567

Fecha de Emisión: 21/9/2020

No. Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: ELDA EDELMIRA CARDONA BARILLAS

Id/RTN: 0402197700184

La Cantidad en Letras: CUATRO MIL QUINIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 1 CUBETA DE BIO SAFE DE 5 KG. Y 1 BOMBA TANGO DE 1.5 LITROS, PARA UTILIZAR EN EL CENTRO DE TRIAJE.

11-02-000-001-000-42410-11-011-05	Equipo Médico, Sanitario, Hospitalario e Instrumental	4,500.00
-----------------------------------	-------------------------------------------------------	----------

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	-------------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	4,500.00
Monto Total:		4,500.00

SUBTOTAL	4,500.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	4,500.00

Firma y Sello de Presupuestario 	 Firma y Sello de Alcalde (sa) 	Firma y Sello de Tesorero  
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recibido por: 
Identidad No.: _____

0e+hslf0JmclYpkSAeURQa9VjczJ/pGGpAfx8ukWztRMUwdflo8SwFd2vSkWeq5kOC9m5rJL8ZX8Z200j+2TbF2yKcknQh27ZF+WUNIKNuJnlP7ogNcuTJony3V0c
/05pA6bsvml9wEVn0J2T7Egz+3Yc



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 02/11/2020
Hora : 08:56 a.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11745
L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2743

Fecha de Emisión: 2/11/2020

No. Cheque/Nota de Débito:

Paguese a: CELENY ALEJANDRA PEREZ SORTO

Id. RTN: 0401198800076

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

Descripción:

PAGO POR LABORAR COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.

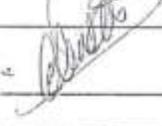
11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------

Total de retenciones:		0.00
-----------------------	--	------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID-19 FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario 	 Firma y Sello de Alcalde (sa)	Firma y Sello de Tesorería 
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recibido por: 
Identidad No.: _____

0s+jsf0JmcdYpkSAsURQa9VjczJipGGgAfx8ukWzdRMUvdfilo8SwFd2uSiWeq5frQC9m5rJL8ZX6ZZ09j+2TbF12yKckel0k27ZF+WUNf04uJnIP7cgNcuTJqny3V0c /05pA6b5vmf9wEVn0J277EgZ+3Yc



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPÁN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copán, con identidad No. **1406-1953-00024**, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Cabañas, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **CELENY ALEJANDRA PEREZ SORTO**, con Identidad número **0401-1989-00076**, de profesión Médico General, soltera y con domicilio en este municipio, 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 Copan Ruinas, en el **CENTRO DE TRIAJE y CENTRO DE ESTABILIZACION**.

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.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L. 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 de acuerdo a los diferentes centros o servicios a los cuales este designado. Los centro en los que prestara sus servicios serán: Centro de Triaje CITEA, centro de estabilización La Estanzuela y Equipos de Respuesta Rápida, los turnos de trabajo serán de la siguiente manera:

- A- En el Centro de estabilización la Estanzuela y Triaje el CITEA: serán turnos de doce horas por tres días consecutivos teniendo descanso los tres días siguientes, prestando servicio de lunes a domingo.
- B- Equipo de respuesta rápida: en horario de 8:00 A.M a 2:00 P.M. de lunes a viernes, realizando actividades en todo el municipio.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el CONTRATANTE o al 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 CONTRA-TANTE 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 con-vengan 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 el presente CONTRATO en el municipio de Cabañas, departamento de Copan a los primeros (01) días del mes de octubre del año 2020.



[Handwritten signature of Anardo Napoleón Mata]
ANARDO NAPOLEÓN MATA
ALCALDE MUNICIPAL

CELENY ALEJANDRA PEREZ SORTO
CONTRATADO



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)

Emisión: 02/11/2020
Hora : 08:53 a.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11744

L: 9,300.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2742

Fecha de Emision: 2/11/2020

No.Cheque/Nota de Débito: _____

Paguese a: ELDA PATRICIA LOPEZ LUGO

Id/RTN: 0402199300339

La Cantidad en Letras: NUEVE MIL TRESCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

PAGO POR TRABAJAR ENCARGADA DEL ASEO EN EL CENTRO DE TRIAJE CITEA, REALIZANDO LAS ACTIVIDADES, RECEPCIÓN DE PACIENTES, APOYAR A LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA, FACILITAR SALIDA DEL PACIENTE, DESINFECCIÓN DE ÁREAS COMUNES, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD A LAS PERSONAS QUE ASISTAN A LOS CENTROS, Y DEMÁS ACTIVIDADES ATINENTES AL CARGO.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05 Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central 9,300.00

Total de retenciones 0.00

11-011-05 TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID-19 FUERZA HONDURAS 9,300.00
Monto Total: 9,300.00

SUBTOTAL 9,300.00
- RETENCIONES 0.00
TOTAL 9,300.00

Firma y Sello de Presupuestario
Firma y Sello de Tesorería
Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por: Elda Patricia Lopez Lugo
Identidad No.: 0402-1993-00339

0s+jsj9UmcYpkSAsURDeSVjczJlpGGgAfx8ukWztRMUvldf0e8SwFd2uSkWec5frQC9m5rJL8ZX6ZZ0Xkj+2TbF12yKckqjDln27ZF+WUNIK4uJhP7cgNctJgny3V0c:05pA6b6vml9wEVn0J2T7Egz+3Yc

MOTIVO DEL PAGO

ORDEN DE PAGO POR

MÓVIMIENTO CONTABLE		DEBE	HABER
PAGO DE PAGO POR TRABAJAR ENCARGADA DEL ASEO EN EL CENTRO DE TRIAJE CITEA, REALIZANDO LAS ACTIVIDADES, RECEPCIÓN DE PACIENTES, APOYAR A LAS FUNCIONES DE ENFERMERÍA, FACILITAR SALIDA DEL PACIENTE, DESINFECCIÓN DE ÁREAS COMUNES, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD A LAS PERSONAS QUE ASISTAN A LOS CENTROS, Y DEMÁS ACTIVIDADES ATINENTES AL CARGO.			

4
3
2

CONTABILIDAD | AUDITORIA | *Edla Patricia Torres* | CHEQUE No. 00000846

RECEBI CONFORME



BANCO DE OCCIDENTE S.A.
CABANAS COPAN
 BARRIO EL CENTRO, CABANAS, COXWA
 TEL.: 9904-4078

CHEQUE No. 00000846

CABANAS

2 de noviembre de 2020

Cuenta No. 11-102-000535-2

Lugar y Fecha

ELDA PATRICIA LOPEZ LUGO

9,300.00

Páguese a la orden de

L

NAUVE MIL TRESCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras

BO Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

0000000846 2020 11 02 09:00 AM

MOTIVO DEL PAGO		DEBE	HABER
ORDEN DE PAGO	POR		
MOVIMIENTO CONTABLE PAGO DE PAGO POR TRABAJO ENCARGADA DEL ASEO EN EL CENTRO DE TRABAJO CIVIL, REALIZANDO ACTIVIDADES, RECEPCIÓN DE PACIENTES, APOYAR A LAS FUNCIONES DE ENFERMERIA, FACILITAR SALUD DEL PACIENTE, DESINFECCIÓN DE ÁREAS COMUNES, IMPLEMENTAR MEDIDAS DE BIENESTAR A LAS PERSONAS QUE ASISTEN A LOS CENTROS, Y DEMÁS ACTIVIDADES ATINENTES AL CARGO			
CONTABILIDAD	AUDITORIA	RECIBI CONFORME	CHEQUE No. 00000846

BANCO DE OCCIDENTE S.A. C.A. - INSTITUCION FINANCIERA AUTORIZADA POR LA COMISION NACIONAL DE VALORES Y SEGUROS (CONAVS)

00000846
 29800
 00000846



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPAN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copán, con identidad No. 1406-1953-00024 actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la municipalidad de Cabañas, Copán, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **ELDA PATRICIA LOPEZ LUGO**, con identidad número **0402-1993-00339**, de profesión Bachiller en Ciencias y Letras, y vecina de este municipio, 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 ayudante de enfermería de EL CONTRATADO quien se compromete a laborar como PERSONAL DE ASEJO quien tendrá su sede en el Municipio de Copan Ruinas, en el CENTRO DE TRIAJE CITEA.

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

Recepción de pacientes.

Implementar medidas de bioseguridad en las personas que asista a los centros.

Apoyar en las funciones de enfermería.

Facilitar la salida de pacientes.

Desinfección de áreas comunes.

Asistir a reuniones solicitadas.

Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 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 **NUEVE MIL TRESCIENTOS LEMPIRAS CON CERO CENTAVOS (L.9, 300.00) 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: En el Centro de triaje CITEA, el turno de trabajo será de la siguiente manera:

A- En el Centro de Triaje el CITEA con horario de 7:00 A.M a 3:00 P.M. de lunes a viernes.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el contratante o al 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 sufreran 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; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por los derivaciones de este CONTRATO.

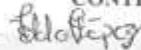
CLÁUSULA DÉCIMA: Todo lo no previsto en el presente CONTRATO y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a leyes de nuestro país.

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 el presente CONTRATO en el municipio de Cabañas, departamento de Copán a los primeros (01) días del mes de octubre del año 2020.


NARDO NAPOLEON MATA
ALCALDE MUNICIPAL

0402-1993-00339
ELDA PATRICIA LOPEZ LUGO
CONTRATADA





Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L.)



Emisión: 02/11/2020
Hora : 08:49 a.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11743
L: 9,300.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2741

Fecha de Emision: 2/11/2020

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: DODAI MADRID SALGUERO Id/RTN: 0413197700054

La Cantidad en Letras: NUEVE MIL TRESCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

PAGO POR LABORAR COMO AYUDANTE DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	9,300.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	------

Monto Total:		0.00
---------------------	--	------

SUBTOTAL	9,300.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	9,300.00

Firma y Sello de Presupuestario	Firma y Sello de Alcalde (sa)	Firma y Sello de Tesorero
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

Recibido por: [Signature]
Identidad No.: _____

0s+rja|9JmcdYpk5AsURQa9V|czJlpGGgAfx8ukWzIRMUvdlfo8SwFd2uSkWeg58|QC9m5rLl6ZX6Z20Xj+2TbFRyKckqjDk;272F+VUJN80NuJnIP7cgnouTJqny3V0c
i0SpA6bivm9wEVn0J2T7Eg+3Yc

ORDEN DE PAGO		MOTIVO DEL PAGO	
POR			
MOVIMIENTO CONTABLE PAGO DE PAGO POR LABORAR COMO AYUDANTE DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.		DEBE	HABER
CONTABILIDAD	AUDITORIA	<i>[Signature]</i> RECIBI CONFORME	CHEQUE No. 00000845

PAGO DE PAGO POR LABORAR COMO AYUDANTE DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.

4
3
2



MUNICIPALIDAD DE CABANAS COPAN
 BARRIO EL CENTRO, CABANAS, COPAN
 TEL.: 9904-4078

CHEQUE No. 00000845

CABANAS

2 de noviembre de 2020

Cuenta No. 11-102-000515-2

Lugar y Fecha

DONALD MADRID SAU JERO

9,300.00

Páguese a la orden de

L

NOUVE MIL TRES CIENTOS CON CERO CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras

 Banco de Occidente, S.R.

Firma(s)

00000845 00000845 00000845 00000845

ORDEN DE PAGO		MOTIVO DEL PAGO	
ORDEN DE PAGO	POR		
MOVIMIENTO CONTABLE		DEBE	HABER
PAGO DE PAGO POR LABORAR COMO AYUDANTE DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACION Y SERVICIO MONITORIAL AL MES DE OCTUBRE 2020.			
CONTABILIDAD		AUDITORIA	RECIBI CONFORME
			CHEQUE No. 00000845

MUNICIPALIDAD DE CABANAS COPAN, BARRIO EL CENTRO, CABANAS, COPAN, TEL.: 9904-4078

00856



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPÁN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copán, con identidad No. **1406-1953-00024** actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la municipalidad de Cabañas, Copán, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **DODAI MADRID SALGUERO**, con identidad número **0413-1977-00054** de profesión auxiliar de enfermería y vecina de Copan Ruinas, 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 como **AYUDANTE DE ENFERMERÍA**. EL CONTRATADO quien se compromete a laborar como: **ENFERMERA** quien tendrá su sede en el municipio de Copan Ruinas, en el **CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACION**.

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

Atender a pacientes, labores de pre-clínica, apoyar en el diagnóstico y brindar o aplicar el tratamiento correspondiente indicado por el médico.

Armar, archivar y revisar expedientes.

Brindar consejería e insertar medidas de bioseguridad en los centros de trabajo

Facilitar la salida de pacientes y apoyo en el internamiento de pacientes.

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

Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.

Revisar frecuentemente y asegurar la existencia de papelería, medicamento y demás insumos necesarios en los centros de triaje y aislamiento

Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.

Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 **NUEVE MIL TRESCIENTOS LEMPÍRAS EXACTOS (L. 9, 300.00)** 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 de acuerdo a los diferentes centros o servicios a los cuales este designado. Los centro en los que prestara sus servicios serán: Centro de triaje CITEA, centro de estabilización La Estanzuela y Equipos de Respuesta Rápida, los turnos de trabajo serán de la siguiente manera:

- A- En el Centro de estabilización la Estanzuela y Triaje el CITEA: serán turnos de doce horas por tres días consecutivos teniendo descanso los tres días siguientes, prestando servicio de lunes a domingo.
- B- Equipo de respuesta rápida con ocho horas diarias laborables de lunes a viernes, realizando actividades en todo el municipio.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el contratante o al 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 es-time pertinentes durante el periodo de EL CONTRATO. EL CONTRATANTE no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que EL CONTRATADO o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo con-vengan 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 con-formidad 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 Cabañas departamento de Copán a los primeros (01) días del mes de octubre del año 2020.



ANARDO NAPOLEÓN MATA
ALCALDE MUNICIPAL


DODAI MADRID SALGUERO
CONTRATADA



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 30/09/2020

Hora : 10:58 a.m.

USUARIO: IRIS.OLIVEROS

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11609

L: 9,300.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2609

Fecha de Emisión: 30/9/2020

No. Cheque/Nota de Débito:

Paguese a: DODAI MADRID SALGUERO

Id/RTN: 0413197700054

La Cantidad en Letras: NUEVE MIL TRESCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO AYUDANTE DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURIAS.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	9,300.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	-------------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	9,300.00
Monto Total:		9,300.00

SUBTOTAL	9,300.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	9,300.00

<p>Firma y Sello de Presupuestario</p> 	 <p>Firma y Sello de Alcalde (sa)</p>	<p>Firma y Sello de Tesorería</p> 
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recibido por: X. [Signature]
Identidad No.: 0413-1977-00054

0s+jsjBumclYpk5AsLROa9VjczJlpGGgAfx8ukWztRMUvdffo8SwFd2uSkWeq5&OC9m5rJL8ZX6Z2D0j+2TbF0yKclqDlq2Z2F+WUNiKhuJnIP7cgNauTJqny3V0c /05pA6bsvm9wEVn0J2T7Egz+3Yc

ORDEN DE PAGO		MOTIVO DEL PAGO	
POR			
<p>MOVIMIENTO CONTABLE</p> <p>AYUDANTE DE ENFERMERIA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACION, CORRESPONDIENTE A UN ME DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDUR.</p>			
		<p>11</p> <p><i>x L. P. S.</i></p>	
CONTABILIDAD	AUDITORIA	RECIBI CONFORME	CHEQUE No. 00000713

AL DOMICILIO DE LA EMPRESA, LA DE LA ENTIDAD, EN LA CIUDAD DE TEGUCIGALPA, DEPARTAMENTO DE TEGUCIGALPA, HONDURAS.



MUNICIPALIDAD DE CABANAS COPAN
 BARRIO EL CENTRO, CABANAS, COPAN
 TEL: 9904-4078

CHEQUE No. 00000713

Cuenta No. 11-102-000535-2

Lugar y Fecha

Páguese a la orden de

L. 7.000

Cantidad en letras

Lempiras

 Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

0012010790011102000535200000713

ORDEN DE PAGO		MOTIVO DEL PAGO	
POR			
MOVIMIENTO CONTABLE		DEBE	HABER
AYUDANTE DE ESTERILIDAD EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020. PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDA			
CONTABILIDAD		AUDITORIA	RECIBI CONFORME
			CHEQUE No. 00000713



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPÁN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copán, con identidad No. **1406-1953-00024** actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la municipalidad de Cabañas, Copán, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **DODAI MADRID SALGUERO**, con identidad número **0413-1977-00054** de profesión auxiliar de enfermería y vecina de Copan Ruinas, 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 como **AYUDANTE DE ENFERMERÍA**. EL CONTRATADO quien se compromete a laborar como: **ENFERMERA** quien tendrá su sede en el municipio de Copan Ruinas, en el **CENTRO DE TRIAJE y ESTABILIZACION**.

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

Atender a pacientes, labores de pre-clínica, apoyar en el diagnóstico y brindar o aplicar el tratamiento correspondiente indicado por el médico.

Armar, archivar y revisar expedientes.

Brindar consejería e insertar medidas de bioseguridad en los centros de trabajo

Facilitar la salida de pacientes y apoyo en el internamiento de pacientes.

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

Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.

Revisar frecuentemente y asegurar la existencia de papelería, medicamento y demás insumos necesarios en los centros de triaje y aislamiento

Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.

Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 **NUEVE MIL TRESCIENTOS LEMPÍRAS EXACTOS (L. 9, 300.00)** mensuales. El

monto total de este CONTRATO será cubierto con fondos transferidos por la Secretaria de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa Fuerza Honduras.

CLÁUSULA QUINTA: La jornada de trabajo será de acuerdo a los diferentes centros o servicios a los cuales este designado. Los centro en los que prestara sus servicios serán: Centro de triaje CITEA, centro de estabilización La Estanzuela y Equipos de Respuesta Rápida, los turnos de trabajo serán de la siguiente manera:

- A- En el Centro de estabilización la Estanzuela y Triaje el CITEA: serán turnos de doce horas por tres días consecutivos teniendo descanso los tres días siguientes, prestando servicio de lunes a domingo.
- B- Equipo de respuesta rápida con ocho horas diarias laborables de lunes a viernes, realizando actividades en todo el municipio.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el contratante o al 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 es-time pertinentes durante el periodo de EL CONTRATO. EL CONTRATANTE no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que EL CONTRATADO o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo con-vengan 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 Copán, departamento de Copán a los primeros (01) días del mes de septiembre del año 2020.



ANARDO NAPOLEÓN MATA
ALCALDE MUNICIPAL


DODAI MADRID SALGUERO
CONTRATADA



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 30/09/2020

Hora : 10:57 a.m.

USUARIO: IRIS.OLIVEROS

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11608

L.: 9,300.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2608

Fecha de Emisión: 30/9/2020

No.Cheque/Nota de Débito:

Paguese a: JIMENA FABIOLA VELEZ MENCIAS

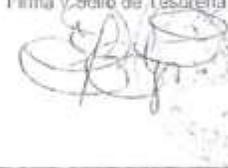
IDENTIFICACION: 0506198901372

La Cantidad en Letras: NUEVE MIL TRESCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A PERSONA QUE LABORO COMO AYUDANTE DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE A UN MES, DEL 14 DE AGOSTO AL 14 DE SEPTIEMBRE 2020, PAGADO CON FONDOS DEL PROYECTO FUERZA HONDURAS.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	9,300.00
Total de retenciones:		0.00
11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID-19 FUERZA HONDURAS	9,300.00
Monto Total:		9,300.00
SUBTOTAL		9,300.00
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		9,300.00

Firma y Sello de Presupuestario		Firma y Sello de Tesorería
	Firma y Sello de Alcalde (sa)	

Recibido por: Jimena Velez
Identidad No.: 0506198901372

0506198901372



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPÁN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copán, con identidad No. **1406-1953-00024** actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la municipalidad de Cabañas, Copán, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **JIMENA FABIOLA VELEZ MANCIAS**, con identidad número **0506-1989-01372** de profesión auxiliar de enfermería y vecina de Copan Ruinas, 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 como **AYUDANTE DE ENFERMERÍA**. EL CONTRATADO quien se compromete a laborar como: **ENFERMERA** quien tendrá su sede en el municipio de Copan Ruinas, en el **CENTRO DE TRIAJE y ESTABILIZACION**.

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

Atender a pacientes, labores de pre-clínica, apoyar en el diagnóstico y brindar o aplicar el tratamiento correspondiente indicado por el médico.

Amar, archivar y revisar expedientes.

Brindar consejería e insertar medidas de bioseguridad en los centros de trabajo

Facilitar la salida de pacientes y apoyo en el internamiento de pacientes.

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

Asistir a reuniones médicas con fines de estudio e interconsulta.

Revisar frecuentemente y asegurar la existencia de papelería, medicamento y demás insumos necesarios en los centros de triaje y aislamiento

Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.

Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 **NUEVE MIL TRESCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS (L. 9, 300.00)** 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 de acuerdo a los diferentes centros o servicios a los cuales este designado. Los centro en los que prestara sus servicios serán: Centro de triaje CITEA, centro de estabilización La Estanzuela y Equipos de Respuesta Rápida, los turnos de trabajo serán de la siguiente manera:

- A- En el Centro de estabilización la Estanzuela y Triaje el CITEA: serán turnos de doce horas por tres días consecutivos teniendo descanso los tres días siguientes, prestando servicio de lunes a domingo.
- B- Equipo de respuesta rápida con ocho horas diarias laborables de lunes a viernes, realizando actividades en todo el municipio.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el contratante o al 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 es-time pertinentes durante el periodo de EL CONTRATO. EL CONTRATANTE no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que EL CONTRATADO o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

CLÁUSULA OCTAVA: MODIFICACIONES AL CONTRATO. EL CONTRATO podrá ser modificado mediante Adenda siempre que las partes lo con-vengan 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 DECIMA: Todo lo no previsto en el presente CONTRATO y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes daran 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 Copán departamento de Copán a los catorce (14) días del mes de septiembre del año 2020.



[Handwritten signature]
ANARDO NAPOLEÓN MATA
ALCALDE MUNICIPAL

[Handwritten signature]
JIMENA FABIOLA VELEZ MANCIAS
CONTRATADA





REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

JIMENA FABIOLA / VELEZ MENCIAS



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 16 MAYO 1989
SEXO FEMEYINO
EMITIDA EL 09 AGOSTO 2009

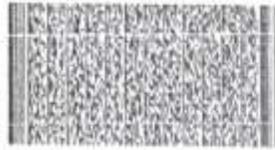
0506-1989-01372



11090206-01

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 0506

JIMENA FABIOLA / VELEZ MENCIAS

0506-1989-01372



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 15/10/2020
Hora : 02:41 p.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11679

L: 1,620.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2579

Fecha de Emisión: 15/10/2020

No.Cheque/Nota de Débito:

Paguese a: JOSE ALBERTO SALAZAR DUBON

M/RFTM: 0402197800053

La Cantidad en Letras: UN MIL SEISCIENTOS VEINTE CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 6 TUBOS GALVANIZADOS DE 1 PULGADA A L. 250.00 CADA UNO Y 3 LIBRAS DE ELECTRODOS A L. 40.00 CADA UNO, MATERIALES QUE SERÁN UTILIZADOS PARA HACER DIVISIONES EN SALAS PARA CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFO, CABAÑAS COPÁN.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	1,620.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	-------------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID-19 FUERZA HONDURAS	1,620.00
Monto Total:		1,620.00

SUBTOTAL	1,620.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	1,620.00

Firma y Sello de Presupuestario	 Firma y Sello de Alcalde (sa)	Firma y Sello de Tesorera
---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Recibido por:

Identidad No.:

0s+js/9JmcdYpkSAsUROe9VjczJ/pGGgAfx8ukWztRMUvidfll0Swd2uSkWec5fkOC9m6r.BL8ZX6ZDXXk+2TbFizyKcdnt0r:27ZF+WUJH04uJnIP7rgHouTJqny3V0c /0SpA6bsvmf9wEVn0J2T7Eg2+3Yc

MOTIVO DEL PAGO									
ORDEN DE PAGO	POR								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>MOVIMIENTO CONTABLE</th> <th>DEBE</th> <th>HABER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 6 TUBOS GALVANIZADOS DE 1 PULGADA A L. 40.00 CADA UNO Y 3 LIBRAS DE ELECTRODOS A L. 40.00 CADA UNO, MATERIALES QUE SERÁN UTILIZADOS PARA HACER DIVISIONES EN SALAS PARA CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFO, CABAÑAS COPAN.</td> <td></td> <td>240.00</td> </tr> </tbody> </table>		MOVIMIENTO CONTABLE	DEBE	HABER	PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 6 TUBOS GALVANIZADOS DE 1 PULGADA A L. 40.00 CADA UNO Y 3 LIBRAS DE ELECTRODOS A L. 40.00 CADA UNO, MATERIALES QUE SERÁN UTILIZADOS PARA HACER DIVISIONES EN SALAS PARA CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFO, CABAÑAS COPAN.		240.00		
MOVIMIENTO CONTABLE	DEBE	HABER							
PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 6 TUBOS GALVANIZADOS DE 1 PULGADA A L. 40.00 CADA UNO Y 3 LIBRAS DE ELECTRODOS A L. 40.00 CADA UNO, MATERIALES QUE SERÁN UTILIZADOS PARA HACER DIVISIONES EN SALAS PARA CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFO, CABAÑAS COPAN.		240.00							
<table border="1"> <tr> <td>CONTABILIDAD</td> <td>AUDITORIA</td> <td>RECIBI CONFORME</td> <td>CHEQUE No.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><i>[Signature]</i></td> <td>00000786</td> </tr> </table>		CONTABILIDAD	AUDITORIA	RECIBI CONFORME	CHEQUE No.			<i>[Signature]</i>	00000786
CONTABILIDAD	AUDITORIA	RECIBI CONFORME	CHEQUE No.						
		<i>[Signature]</i>	00000786						

FINANCIERAS DEL CAJON VALLE, S.A. DE C.V. TRONCALVA, QUERETARO

4
3
2



FERRETERIA SUYAPITA

Venta de materiales para construcción

De: José Alberto Salazar Dubón R.T.N. 04021978000530

CAI: 840113-C98FF1-744C89-E82C68-5F15B0-A0

Barrio El Centro, Cabañas, Copán, Honduras

Tel. (504)9936-7010

E-mail: ferreteriasuyapita@gmail.com

Cliente: Municipalidad.

Día	Mes	Año
15	10	2019

R.T.N.

Dirección: Cabañas Copán.

Contado Crédito

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNIT.	DESCUENTOS Y BENEFICIOS OTORGADOS	TOTAL
6	tubos 1 galvan.			1,500 =
3	lbs electrodo.			120 =

No. correlativo de orden de compra emitida		SUB-TOTAL L.	1,620 =
No. correlativo de constancia de registro de emisor		IMPORTE EXONERADO L.	
No. identificativo del registro de la SAG		IMPORTE EXENTO L.	
FACTURA Copia: Cliente / Copia: Emisor		IMPORTE GRAVADO 15% L.	
No. 002-001-01-00011835		IMPORTE GRAVADO 10% L.	
LA FACTURA ES BENEFICIA EN TODOS LOS "EXEMPLES"		I.S.V. 15% L.	211.30 =
Valor en letras: <u>Mil Seiscientos Veinte</u>		I.S.V. 10% L.	
		TOTAL A PAGAR L.	1620 =



Municipalidad de Cabañas, Copán.
muni_cabanascopan@yahoo.co



COTIZACIÓN

Solicitado por Municipalidad de Cabañas Copán

Proveedor o Contratista: <i>Ferritero superito</i>
Teléfono:
Dirección: <i>Cabañas Copán</i>
Correo Electrónico:

N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1.	Tuvos Galvanizados de 1"	6	250	1500
2.	Electrodos (Libras)	3	40	120
				1620

Nombre del Contacto

Firma y Sello del Proveedor

Fecha



Municipalidad de Cabañas, Copán.
muni_cabanascopan@yahoo.es



COTIZACIÓN

Solicitado por Municipalidad de Cabañas Copán

Proveedor o Contratista: <u>Comercial S.A.</u>
Teléfono:
Dirección: <u>Copán, Guadalupe</u>
Correo Electrónico:

Nº	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1.	Tubos Galvanizados de 1"	6	260	1560
2.	Electrodos (Libras)	3	50	150

Nombre del Contacto

Firma y Sello del Proveedor

Fecha



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS COPÁN
muni cabanascopan@yahoo.es



Yo Joel Chinchilla con tarjeta de Identidad
 No _____ vecino de la comunidad
 De B El Centro hago constar que he
 recibido parte de la Municipalidad de Cabañas Copán, los siguientes materiales:

No.	Cantidad en Letras	Descripción
1	Seis	Tubos Galvanizados de 1"
2	Tres	Electrodos (Alcali)
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Observaciones: Disposición en sala de trabajo
cajal 19 en el lugar del Gallo

Joel Chinchilla

[Firma]



Conforme

Entregue Conforme

Recibi

Orden de entrega



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 12/08/2020
Hora : 11:10 a.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11457

L.: 164,778.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2460

Fecha de Emisión: 11/8/2020

No.Cheque/Nota de Débito:

Paguese a: ANA KARINA ANTUNEZ FLORES

Id/RTN: 05011980017660

La Cantidad en Letras: CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO CON CERVO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE FACTURAS POR COMPRA DE EQUIPAMIENTO E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE TRIAJE UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS COPAN, EMERGENCIA COVID 19, PROYECTO FUERZA HONDURAS.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	66,978.00
11 02 000 001 000 42410 11-011-05	Equipo Médico, Sanitario, Hospitalario e Instrumental	97,800.00

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	-------------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	164,778.00
Monto Total:		164,778.00

SUBTOTAL	164,778.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	164,778.00

Firma y Sello de Presupuestario	 Firma y Sello de Alcalde (sa)	Firma y Sello de Tesorería
---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------

Recibido por: 05011980017660
Identidad No.: ANALOCIA ANWAR

0s+js@9JmcdYpkSAsURQa9VjczJlpGGgAxfukWzRMUvidfio8SwFd2uSkWeg5kQCC9m5rJL8ZX6ZZXkj*2TbFK2yKkkqDlq2?ZF+WUINhNuhIP7ogNcuTJqny3V0c#05pA6b5vmf9wEVn0J2T7Egz+3Yc

ZONA T

Ana Karina Antunez Flores

San Pedro Sula, Mall Altara boulevard km2 local # 3

Cel. 3305-5229/ E-mail: anaka11@gmail.com

RTN: 05011980017660 / CAI: 1C3587-3F71C0-1049AE-877820-01563E-50

Fecha: 06 de Agosto del 20 20

Cliente: Municipalidad Cobanias

R.T.N. _____ Dirección: Cobanias Copan

No. Orden de Compra Exenta _____

No. Constancia Registro Exonerados _____

No. Registro S.A.G. _____

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT	TOTAL
10	Mascarilla con reservorio	650.00	6500.00
14	Batas Newscotes	280.00	3920.00

Fecha de Recepción: 17/07/2020

Fecha límite de Emisión: 17/01/2021

DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L

Rango Autorizado:

000-002-01-00002101 AL 000-002-01-00002700

IMPORTE EXONERADO L

1-Original: Cliente 2-Copia Emisor 3-Copia Archivo

IMPORTE EXENTO L

10420.00

FACTURA
000-002-01-00

IMPORTE GRAVADO 15% L

Nº 002118

IMPORTE GRAVADO 18% L

I.S.V. 15% L

I.S.V. 18% L

La Factura es Beneficia de todos "Exijala"

TOTAL A PAGAR L

10420.00

Son: Diez mil cuatrocientos veinte

Imp. Municipal RTN: 05011980017660 TEL. 0994-0044 CERTIFICADO No. 0231-18-00200-209

ZONA T

Ana Karina Antunez Flores

San Pedro Sula, Mall Altara boulevard km2 local # 3

Cel. 3305-5229/ E-mail: anaka11@gmail.com

RTN: 05011980017660 / CAI: 1C3587-3F71C0-1049AE-877820-01563E-50

Fecha: 06 de Agosto del 20 20

Cliente: Municipalidad Cobanias

R.T.N. _____ Dirección: Cobanias Copan

No. Orden de Compra Exenta _____

No. Constancia Registro Exonerados _____

No. Registro S.A.G. _____

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT	TOTAL
12	Gautes no estenles	300.00	3600.00
50	Gautes estenles	12.00	600.00
12	Gafas protectores	48.00	576.00
15	Oxetal	9,500.00	142500.00
100	Gorros de proteccion	4.00	400.00
100	Cubre batas descartables	382	382.00
80	Batas descartables	120	9600.00
50	Mascarilla N95	202.00	10100.00
650	Mascarilla quirurgica	25.00	16250.00

Fecha de Recepción: 17/07/2020

Fecha límite de Emisión: 17/01/2021

DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L

Rango Autorizado:

000-002-01-00002101 AL 000-002-01-00002700

IMPORTE EXONERADO L

1-Original: Cliente 2-Copia Emisor 3-Copia Archivo

IMPORTE EXENTO L

55,758.00

FACTURA
000-002-01-00

IMPORTE GRAVADO 15% L

Nº 002119

IMPORTE GRAVADO 18% L

I.S.V. 15% L

I.S.V. 18% L

La Factura es Beneficia de todos "Exijala"

TOTAL A PAGAR L

55,758.00

Son: Cinuenta y cinco mil setecientos cincuenta y ocho

Imp. Municipal RTN: 05011980017660 TEL. 0994-0044 CERTIFICADO No. 0231-18-00200-209

ZONA T

Ana Karina Antunez Flores

San Pedro Sula, Mall Altara boulevard km2 local # 3

Cel. 3305-5229/ E-mail: anaka11@gmail.com

RTN: 05011980017660 / CAI: 1C3587-3F71C0-1049AE-877820-01563E-50

Fecha: 06 de Agosto del 20 20

Cliente: Municipalidad Cabanas

R.T.N. _____ Dirección Cabanas Copan

No. Orden de Compra Exenta _____

No. Constancia Registro Exonerados _____

No. Registro S.A.G. _____

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT	TOTAL
4	Batas de hule	200.00	800.00
3	Estetas copio	1,800	5,400.00
2	Esfigmomanómetros	2,400	4,800.00
3	Termómetros	3,000	9,000.00
3	Oxímetros de pulso	1,200	3,600.00
2	Glucómetros con anta	800.00	1,600.00
2	Tanque de oxígeno	11,000	22,000.00
2	Manómetros	1,850	3,700.00
1	Condensados de oxígeno	25,000	25,000.00

Imp. Municipal: RTN: 05011980017660 TEL: 9928-0254 CERTIFICADO No. 9231-19-10200-029

Fecha de Recepción: 17/07/2020
 Fecha límite de Emisión: 17/01/2021 DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L

Rango Autorizado:
 000-002-01-00002101 AL 000-002-01-00002700 IMPORTE EXONERADO L

1-Original: Cliente 2-Copia Emisor 3- Copia Archivo IMPORTE EXENTO L **75,900.00**

FACTURA
000-002-01-00
 No 002121

IMPORTE GRAVADO 15% L
 IMPORTE GRAVADO 18% L
 I.S.V. 15% L
 I.S.V. 18% L

La Factura es Beneficio de todos "Exijala" TOTAL A PAGAR L **75,900.00**

Son: Setenta y cinco mil novecientos

ZONA T

Ana Karina Antunez Flores

San Pedro Sula, Mall Altara boulevard km2 local # 3

Cel. 3305-5229/ E-mail: anaka11@gmail.com

RTN: 05011980017660 / CAI: 1C3587-3F71C0-1049AE-877820-01563E-50

Fecha: 06 de Agosto del 20 20

Cliente: Municipalidad Cabanas

R.T.N. _____ Dirección Cabanas Copan

No. Orden de Compra Exenta _____

No. Constancia Registro Exonerados _____

No. Registro S.A.G. _____

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT	TOTAL
1	Balanza Medica contabilidad	12,700	12,700.00
2	Camillas	5,000.00	10,000.00

Fecha de Recepción: 17/07/2020
 Fecha límite de Emisión: 17/01/2021 DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L

Rango Autorizado:
 000-002-01-00002101 AL 000-002-01-00002700 IMPORTE EXONERADO L

1-Original: Cliente 2-Copia Emisor 3- Copia Archivo IMPORTE EXENTO L **22,700.00**

FACTURA
000-002-01-00
 No 002122

IMPORTE GRAVADO 15% L
 IMPORTE GRAVADO 18% L
 I.S.V. 15% L
 I.S.V. 18% L

La Factura es Beneficio de todos "Exijala" TOTAL A PAGAR L **22,700.00**

Son: Veinte y dos mil setecientos

CABAÑAS

12 de agosto de 2020

ANA KARINA ANTUNEZ FLORES

164,778.00

CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SETENTA Y OCHO CON CERO CENTAVOS

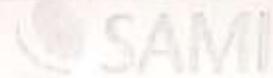
PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURAS POR COMPRA DE EQUIPAMIENTO E INSUMOS PARA EL
FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE TRIAJE UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS COPAN, EMERGENCIA COVID
19, PROYECTO FUERZA HONDURAS.



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 12/08/2020
Hora : 03:34 p.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11458

L.: 33,837.60

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2461

Fecha de Emisión: 11/8/2020

No. Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: JOSE ESTEBAN LOPEZ ALVARADO

Id/RTT: 04061987000451

La Cantidad en Letras: TREINTA Y TRES MIL, OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE INSUMOS DE ASEO PERSONAL Y LIMPIEZA PARA SER UTILIZADO EN EL CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS COPAN.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	33,837.60
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	-------------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID-19 FUERZA HONDURAS	33,837.60
Monto Total:		33,837.60

SUBTOTAL	33,837.60
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	33,837.60

Firma y Sello de Presupuestario 	 Firma y Sello de Alcalde (sa) 	Firma y Sello de Tesorería 
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recibido por: 04061987000451

Identidad No.: _____

0s+rjsj9JmctYpk5AsURQa9VjczJpGGpAfr8ukWztRMUvdlfo8SwFd2uSkWeg5kQC9m5rJL8ZX6Z2DXlj+2TbF12yKckqj0k:27ZF+WUN8K0uJnF7cgNcuTJgny3V0c /05pA8uevmf9wEVn0J2TTEgz+3Yc

Bodega y Abarroteria ----"El Descuento"----

Propietario: José Estéban López Alvarado

RTN: 04061987000451

Correo: eldescuento2008@hotmail.com

Bo. Buenos Aires contiguo a Ferreteria La Copaneca, San Marcos Ocotepeque, Hond. C.A

Telefono: 2663-4282 / 99663471

CAI: 98B4F0-16A8E3-574E84-9CC742-E7E6F4-D3

Factura No. 000-002-01-00013265

Fecha: 07/08/20

Cliente: MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS COPAN

Reg. S.A.G.:

RTN: 08019995370181

Orden de Compra Exenta:

Condicion de pago: Contado

No. Reg. Exonerados:

Registro de Exonerados:

Cantidad	Descripcion	Precio	Subtotal	ISV
10.0000	Unidad Jabon Antibacterial galon	450.0000	4,500.00	E
1.0000	Unidad Hipoclorito de Sodio	5,600.0000	5,600.00	E
6.0000	Unidad Galon Alcohol gel	500.0000	3,000.00	E
0000	Unidad fardo Bolsa roja 18-24	1,135.0000	1,135.00	E
1.0000	Unidad fardo de bolsa roja 24-32	1,135.0000	1,135.00	E
50.0000	Unidad Cloro Magia Blanca Galon	65.0000	3,250.00	E
12.0000	Unidad Desinfectante Aromatic	52.0000	624.00	15%
5.0000	Fardo Ultra Klin 5Kg	650.0000	3,250.00	15%
5.0000	Unidad Balde Plastico	56.0000	280.00	E
2.0000	Unidad Carro para Trapeador	1,800.0000	3,600.00	E
10.0000	Unidad Palo de Trapeador	35.0000	350.00	15%
10.0000	Unidad Mecha Numero 20	52.0000	520.00	15%
6.0000	Unidad Escoba Barremas	35.0000	210.00	15%
12.0000	Unidad Guantes Amarillo de hule	35.0000	420.00	E
12.0000	Unidad Paños de microfibra	12.0000	144.00	E
2.0000	Unidad Cepillo para lavar	32.0000	64.00	15%
3.0000	Unidad Pala para recoger basura	54.0000	162.00	E
6.0000	Unidad Paste Verde 1und	5.0000	30.00	15%
1.0000	Unidad Bateria AAA Recargable	100.0000	1,000.00	E
3.0000	Unidad Scott 1000 Hojas 4 rollos	57.5000	1,725.00	15%
20.0000	Unidad Papel Toalla Elite Rollo	130.3300	2,606.60	15%
4.0000	Unidad Vaso Desechable Conico	58.0000	232.00	15%

Rango Autorizado

Desde: 000-002-01-00013001 Fecha limite de Emision: 20/01/21
Hasta: 000-002-01-00018000 Fecha de Recepcion: 20/07/20

TREINTA TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIE LEMPIRAS

Subtotal	32,583.91
Total Descuento	0.00
Monto Exento	24,226.00
Monto Exonerado	0.00
Importe al 15%	8357.93
Importe al 18%	0.00
I.S.V 15%	1,253.69
I.S.V 18%	0.00
Total L.	33,837.60

BODEGA EL DESCUENTO
TEL: 2663-4202 CEL: 9908-3471
SAN MARCOS, OCCOTEPEQUE
07 AGO 2020
CANCELADO

BODEGA EL DESCUENTO
TEL: 2663-4202 CEL: 9908-3471
SAN MARCOS, OCCOTEPEQUE
07 AGO 2020
ENTREGADO

JOSE ESTEBAN LOPEZ ALVARADO

33,837.60

TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA CENTAVOS

PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE INSUMOS DE ASEO PERSONAL Y LIMPIEZA PARA SER UTILIZADO EN EL CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN EL GOLFIO, CABAÑAS COPAN.

MUNICIPALIDADES SAMI

Ingreso

Rubro

22.1.1.02

Egreso

Programa Salud

55110: Compra insumos, contratación de personal, menos compra de equipo

42410: Compra de equipo médicos

MUNICIPALIDADES NO SAMI

Ingreso

Rubro

250.03

Egreso

Programa 03- Actividad de Salud

581: Compra insumos, contratación de personal, menos compra de equipo

424: Compra de equipo médicos



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 15/10/2020

Hora : 12:25 p.m.

USUARIO: IRIS.OLIVEROS

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11675

L: 111,942.65

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2675

Fecha de Emisión: 15/10/2020

No. Cheque/Nota de Débito:

Paguese a: MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VELASQUEZ

Id/RTN: 08011985124081

La Cantidad en Letras: CIENTO ONCE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS CON SESENTA Y CINCO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACION DE FACTURA POR COMPRA DE DIFERENTES EQUIPO MEDICO Y MATERIALES DE LIMPIEZA Y OTROS ACCESORIOS QUE SERÁN UTILIZADOS EN ESTABLECIMIENTO DEL TRIAJE UBICADO EN EL GOLFIO UBICADO EN EL GOLFIO PARA ATENDER PERSONAS CON SÍNTOMAS Y SOSPECHA DE COVID-19 DURANTE LA EMERGENCIA.

11 02 000 001 000 42410 11-011-05	Equipo Médico, Sanitario, Hospitalario e Instrumental	111,942.65
-----------------------------------	-------------------------------------------------------	------------

203	RETENCIONES DE ISV	3,121.65
Total de retenciones:		3,121.65

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS.	111,942.65
Monto Total:		111,942.65

SUBTOTAL	111,942.65
- RETENCIONES	3,121.65
TOTAL	108,821.00

Firma y Sello de Presupuestario 

Firma y Sello de Tesorería 

Firma y Sello de Alcalde (a) 

Recibido por:

Identidad No.:

EDUMAY
DISTRIBUCIONES MÉDICAS
RTN: 08011985124081

0s+jej5Jmctf7pkEAsURDa9V/czJjJG0vJ7p6Wz6BMJ44f180wFz0s0v0q5RQC9m5rJL&ZX6ZZtXkj+2TbFt2yKckqfOlo27ZF+WUNIKNuJnIP7cgNcuTJqny3V0cA95pA66svm5wE/Vn0J2T7Egz+3Yc

ORDEN DE PAGO

POR

MOVIMIENTO CONTABLE

DEBE

HABER

PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE DIFERENTES EQUIPO MEDICO Y MATERIALES DE LIMPIEZA Y OTROS ACCESORIOS QUE SERÁN UTILIZADOS EN ESTABLECIMIENTO DEL TRIAJE UBICADO EN EL GOLFO UBICADO EN EL GOLFO PARA ATENDER PERSONAS CON SÍNTOMAS Y SOSPECHA DE COVID-19 DURANTE LA EMERGENCIA.



EDUMAY
DISTRIBUCIONES MEDICAS
RTN: 0801985124081

CHEQUE No.

00000782

CONTABILIDAD

AUDITORIA

RECIBI CONFORME

IMPRESION EN UNO DE LOS LADOS DE LA HOJA. EL OTRO LADO DE LA HOJA DEBE DE QUEDAR EN BLANCO PARA EL REGISTRO DE LA AUDITORIA.



EDUMAY
DISTRIBUCIONES MEDICAS
 MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VELASQUEZ
 RTN: 08011985124081

Colonia San Carlos, entrada al Novacentro

Email: edumay_18@hotmail.com, telefono (504) 9775-2114

CAI: 8579A1-B5C602-0C4C93-B569B8-1CA7DD-B1

FECHA LIMITE DE EMISION: 07/FEBRERO/2021

FACTURA

N° 000-001-01-00002096

Cliente: Municipalidad de Cabanas Cupán

RTN: 080199445370181

Fecha de emision: 14/10/2020

Forma de pago: Contado

Fecha de vencimiento: 14/10/2020

Agente comercial: Mayra Velasquez

Rango Aut: 000-001-01-00001851 a la 000-001-01-00002100

DESCRIPCION	CANT	PRECIO	DESC. Y REB.	TOTAL
Guantes No Esteriles Descont. (S,M)	30	290. ⁰⁰		8,700. ⁰⁰
Guante Esteril (talla 7)	2	450. ⁰⁰		900. ⁰⁰
Gafa Protectora Marca Truper	8	100. ⁰⁰		800. ⁰⁰
Overol, Traje de Bioseguridad	30	280. ⁰⁰		8,400. ⁰⁰
Gorros de Enfermera con elástico	300	3. ⁰⁰		900. ⁰⁰
Cobertor para Zapato con Antideslizante	300	8. ⁰⁰		2,400. ⁰⁰
Batas Descartables	500	70. ⁰⁰		35,000. ⁰⁰
Mascarilla Quirúrgica	1500	3.50		5,250. ⁰⁰
Químico Jumper	2	950. ⁰⁰		1,900. ⁰⁰
Pediluvio	2	780. ⁰⁰		1,560. ⁰⁰
Mascarilla con Reservorio	10	110. ⁰⁰		1,100. ⁰⁰
Canula Nasal	20	33. ⁰⁰		660. ⁰⁰
Jabón Antibacterial Galón	10	120. ⁰⁰		1,200. ⁰⁰
Amonio Cuaternario Galón	4	140. ⁰⁰		560. ⁰⁰
Mascarilla KN95	400	28. ⁰⁰		11,200. ⁰⁰
Basureros Grandes ***	3	1,955. ⁰⁰		5,865. ⁰⁰
-- ul --				
TOTALES				86,455.⁰⁰

Valor en Letras: Ochenta y siete mil trescientos treinta y cuatro con 75/100

OBSERVACIONES:

ORIGINAL - CLIENTE / COPIA - OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR (COPIA ARCHIVO)

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

Orden de compra exenta:

N° Registro S.A.G.:

N° Constancia de exonerados:

Firma y Sello Cliente

EDUMAY
DISTRIBUCIONES MEDICAS
 RTN: 08011985124081

Firma y Sello Empresa

Importe Exonerado	
Importe Exento	80,590. ⁰⁰
Importe Gravado 15%	5,865. ⁰⁰
Impuesto 15%	879. ⁷⁵
Total a pagar	87,334. ⁷⁵

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJA"

CREATIVOS TEGUCIGALPA S. DE R.L. TEL.: 2243-1371 R.T.N.: 08018017948495 CERTIFICADO No. 9231-19-10500-203



EDUMAY
DISTRIBUCIONES MEDICAS
 MAYRA ALEJANDRA VELASQUEZ VELASQUEZ
 RTN: 08011985124081

Colonia San Carlos, entrada al Novacentro

Email: edumay_18@hotmail.com, telefono (504) 9775-2114

CAI: 8379A1-B5C602-0C4C93-E569B8-1CA7DD-B1

FECHA LÍMITE DE EMISIÓN: 07/FEBRERO/2021

FACTURA

N° 000-001-01-00002097

Cliente: Municipalidad de Cabanas Copón

RTN: 080197951570181

Fecha de emisión: 14/10/2020

Forma de pago: Contado

Fecha de vencimiento: 14/10/2020

Agente comercial: Mayra Velasquez

Rango Autc: 000-001-01-00001851 a la 000-01-00002100

DESCRIPCION	CANT	PRECIO	DESC. Y REB.	TOTAL
Papel Toalla en Rollo Scott Airflex ^{***} Pibresu	12	340. ⁰⁰		4080. ⁰⁰
KC Dispensador de Papel Toalla ^{***}	2	2093. ⁰⁰		4186. ⁰⁰
Paños 4 Microfibra ^{***}	12	25. ⁰⁰		300. ⁰⁰
Gel Antibacterial Galón	6	420. ⁰⁰		2520. ⁰⁰
Desinfectante de Piso Antibacterial Galón	10	90. ⁰⁰		900. ⁰⁰
Oasis Avanti ^{***}	1	3700. ⁰⁰		3700. ⁰⁰
Abarico ^{***}	2	1340. ⁰⁰		2680. ⁰⁰
Gastos de Envío				4000. ⁰⁰
— ul —				
TOTALES				22,366. ⁰⁰

Valor en Letras: Venticuatro mil Seiscientos Siete con 90/100

OBSERVACIONES:

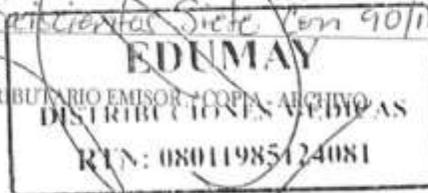
ORIGINAL - CLIENTE / COPIA - OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR / COPIA - ARCHIVO

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

Orden de compra exenta:

N° Registro S.A.G.:

N° Constancia de exonerados:



Firma y Sello Cliente

Firma y Sello Empresa

Importe Exonerado	
Importe Exento	7,420. ⁰⁰
Importe Gravado 15%	14,946. ⁰⁰
Impuesto 15%	2,241. ⁹⁰
Total a pagar	24,607. ⁹⁰

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXLIJALA"

CREATIVOS TEGUCIGALPA S. DE R.L. TEL.: 2243-1371 R.T.N.: 08019017948495 CERTIFICADO No. 9231-18-10500-203



COTIZACION N° 114

AGENTE COMERCIAL
MAYRA VELASQUEZ

FORMA DE PAGO
CONTADO

COLONIA SAN CARLOS, ENTRADA AL NOVACENTRO
EMAIL: edumay_18@hotmail.com TELEFONO (9775-2114)

CLIENTE MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS COPAN
RTN 08019995370181
FECHA DE EMISION
FECHA DE VENCIMIENTO

05/10/2020
10/10/2020

DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	ISV	TOTAL	OBSERVACION
GUANTES NO ESTERILES DESCARTABLES (TALLA S.M.)	30	L 290.00			L 8,700.00	
GUANTES ESTERILES (TALLA 7)	2	L 480.00			L 960.00	
GAFAS PROTECTOCTORAS MARCA TRUPER	8	L 100.00			L 800.00	
OVEROL , TRAJE DE BIOSEGURIDAD	30	L 280.00			L 8,400.00	
GORROS DE ENFERMERA CON ELASTICO	300	L 3.00			L 900.00	
COBERTOR PARA ZAPATO CON ANTI DESLIZANTE (PARES)	300	L 8.00			L 2,400.00	
BATAS DESCARTABLES	500	L 70.00			L 35,000.00	
MASCARILLA QUIRURGICA	1500	L 3.50			L 5,250.00	
OXIMETRO JUMPER	2	L 950.00			L 1,900.00	
PEDILUVIO	2	L 780.00			L 1,560.00	
MASCARILLA CON RESERVORIO	10	L 110.00			L 1,100.00	
CANULA NASAL	20	L 33.00			L 660.00	
JABON ANTIBACTERIAL GALON	10	L 120.00			L 1,200.00	
AMONIO CUATERNARIO GALON	4	L 140.00			L 560.00	
MASCARILLA KN95	400	L 28.00			L 11,200.00	
BASUREROS GRANDES***	3	L 1,955.00			L 5,865.00	
PAPEL TOALLA EN ROLLO SCOTT AIRFLEX BLANCA ***	12	L 340.00			L 4,080.00	
KC DISPENSADOR DE PAPEL TOALLA ***	2	L 2,093.00			L 4,186.00	
PAÑOS MICROFIBRA ***	12	L 25.00			L 300.00	

GEL ANTIBACTERIAL GALON	6	L	420.00			L	2,520.00
DESINFECTANTE DE PISO ANTIBACTERIAL	10	L	90.00			L	900.00
OASIS***	1	L	3,700.00			L	3,700.00
ABANICO***	2	L	1,340.00			L	2,680.00
GASTOS DE ENVIO						L	4,000.00

Importe exonerado	
importe exento	L 88,010.00
importe gravado 15%	L 20,811.00
impuesto 15%	L 3,121.65
TOTAL, a pagar	L 111,942.65

Firma y Sello Cliente

Firma y Sello de Empresa

EDUMAY
 DISTRIBUCIONES MÉDICAS
 RTN: 08011985124081



ALCALDIA MUNICIPAL CABAÑAS COPÁN

R.T.N.: 08019995370181
C.A.I. EBAF52-A71F02-044098-CS098D-853D29-8E
Barrio El Centro, Cabañas, Copán, Honduras
Tel. (504) 9904-4078 E-mail: muni.cabanascopan@gmail.com



DÍA	MES	AÑO
15	10	2020

a): Mayra Alejandra Velasquez EDUWAY
 R.T.N. 0801985124081 C.A.I. 8579A1-350602-0C4C93-1356988
 No. de Correlativo: 000-001-01-00002096 Fecha de emisión: 04/10/2020

No.	Descripción del impuesto retenido	Base Imponible	% de Retención	Importe Total Retenido
7	75% ISV	20,811.00		3,121.65
				L. 3,121.65

COMPROBANTE DE RETENCIÓN
 No. 000-001-05-00000005

(Signature)
 Original: Cliente Copia: Emisor
 Firma
 2019 Fecha Legible de Emisión: 27/11/2020
 CABAÑAS, COPÁN



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 09/09/2020
Hora : 09:40 a.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11529
L: 12,190.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 2532
Fecha de Emisión: 8/9/2020
No. Cheque/Nota de Débito: _____
Páguese a: CARLOS MONTEJO PACHECO IDRTN: 04131977004944
La Cantidad en Letras: DOCE MIL CIENTO NOVENTA CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 3 BASUREROS DE ACERO INOXIDABLE Y 4 PEDILUVIOS, UTILIZADOS EN EL CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN COPAN RUINAS.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,190.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------

Total de retenciones:		0.00
-----------------------	--	------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	12,190.00
Monto Total:		12,190.00

SUBTOTAL	12,190.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,190.00

Firma y Sello de Presupuestario 	Firma y Sello de Tesorería
 Firma y Sello de Alcalde (sa)	

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0s+jsj9JmcdYpkSAsURQa9VjczJlpGGgAf8ukWzRMUvdllto8SwFd2uSkWag59.QC9m5rJL8ZX6Z2IXq+2TbFkz/KctqjDlq27Zl+WLUNIKNuJnlP7cgNcuTJqny3V0c/05pA6bsvnmf9wEVn6J2T7Egz+3Yc

MOTIVO DEL PAGO

ORDEN DE PAGO

POR

MOVIMIENTO CONTABLE

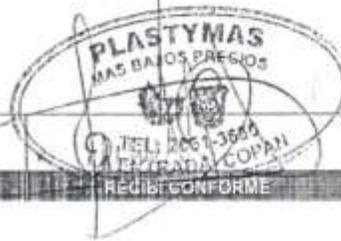
DEBE

HABER



 CONTABILIDAD

AUDITORIA



 REGISTRADO CONFORME

CHEQUE No.
 00000634

MAQUINILLA DE ESCRIBIR, S.A. DE C.V. P.O. BOX 1000, AV. LA PAZ, COPAN, GUATEMALA. TEL: 2061-3559



PLASTIMAS

Venta de Plástico en General

De: Carlos Montijo Pacheco E-mail: plastymas2014@gmail.com

R.T.N. 04131977004944 Tel: 2661-3686 Cel. 9488-4197

Barrio El Triángulo, Frente a Bodega Dabon, salida a Florida, La Entrada, Nueva Arcadia Copán, Hond. C. A.



Contado CAI: A9CC20-45001D-184891-9E9950-6A1F20-50
No FACTURA

Credito 000-001-01-00 N° 027592

Cliente: Municipalidad de Cobancas Copán

Dirección:

R.T.N. 09019995370181 DIA 03 MES 03 AÑO 20

Datos del Adquiriente Exonerado
Número de Orden de Compra Esenta: _____ Número Constancia de Registro de Emisorado: _____ Número Registro de la SAG: _____

CANT.	DESCRIPCION	P/UNIT	EXENTO	GRAVADO
3	Barras con Inca			9600.00
4	pedibambos			1000.00



Fecha Límite Emisión: 04/03/2021
 Fecha De Recepción: 04/03/2020
 Rango Autorizado:
 DE 000-001-01-00026501
 A 000-001-01-00031500
 Original: Cliente Copia: Emisor
La Factura es Beneficio de Todos "Exijala"
 SISTEMAS GRAFICOS SIGRA
 P.T.N. 05011963021289 Bo. La Joya L.E.C.
 TELEFAX. 2661-2349/39-49
 CERTIFICADO N° 9231-14-10500-154

IMPORTE EXONERADO	L		
IMPORTE EXENTO	L		
IMPORTE GRAVADO 15% L			10600.00
IMPORTE GRAVADO 18% L			
DESC. Y REDAJAS	L		
SUB - TOTAL	L		
IS V. AL 15%	L		1590.00
IS V. AL 18%	L		
TOTAL A PAGAR	L		12190.00

SON: Doce mil ciento noventa exactos

COTIZACIÓN

PROVEEDOR	RTN/IDENTIDAD	PERMISO DE OPERACION	SOLVENCIA
Plasticentro La Bendición	16011976002100		
FECHA	CIUDAD	DIRECCION	TELEFONO
	L. EC	B° El Triangulo	9957-5930
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL NEGOCIO:			

N°	Cant.	DESCRIPCION	UNID	V.UNIT.	EXENTO	GRAVADO
1	3	Basurero de Metal.		3500.00		10,500.00
2	4	Pediluvios		320.00		1,280.00
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

OBSERVACIONES:



IMPORTE EXENTO	
IMPORTE GRAVADO 15%	11,780.00
I.S.V. AL 15%	1,767.00
TOTAL COTIZACION	13,547

FIRMA Y SELLO DEL PROPIETARIO

Gracias por atender nuestra amable solicitud de precios de los productos requeridos anteriormente.

COTIZACIÓN

PROVEEDOR	RTN/IDENTIDAD	PERMISO DE OPERACION	SOLVENCIA
Plastimas			
FECHA	CIUDAD	DIRECCION	TELEFONO
	LEC	Bº El Triangulo	
NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL NEGOCIO:			

Nº	Cant.	DESCRIPCION	UNID	V.UNIT.	EXENTO	GRAVADO
1	3	Basureas Metlicas		3300		9,600.00
2	4	Pedilunios				1,000.00
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

OBSERVACIONES:



IMPORTE EXENTO	
IMPORTE GRAVADO 15%	10,600.00
I.S.V. AL 15%	1,590.00
TOTAL COTIZACION	12,190.00

FIRMA Y SELLO DEL PROPIETARIO

Gracias por atender nuestra amable solicitud de precios de los productos requeridos anteriormente.



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 09/09/2020

Hora : 09:20 a.m.

USUARIO: IRIS.OLIVEROS

Página: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11527

L: 1,775.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2530

Fecha de Emisión: 09/09/2020

No. Cheque/Nota de Débito:

Paguese a: ROEL ARTURO ESPINOZA MALDONADO

Id/RTN: 14161984000595

La Cantidad en Letras: UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE ÚTILES DE ESCRITORIO Y PAPELERÍA, QUE SERÁN UTILIZADOS EN EL CENTRO DE TRIAJE.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	1,775.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------

Total de retenciones:		0.00
-----------------------	--	------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	1,775.00
Monto Total:		1,775.00

SUBTOTAL	1,775.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	1,775.00

Firma y Sello de Presupuestario	Firma y Sello de Tesorería
Firma y Sello de Alcalde (sa)	

Recibido por: Roel Arturo Espinoza Maldonado
Identidad No.: _____

0s+jsj9JmctYprSAsURQa9VjczJipGGgAix8ukWzRMUvldfio8SwFd2uSkWeg5kDC9m5rJL8ZX6ZZ00j+2TbFDyKcigOiq27ZF+WUNRfNuJhIP7cgNcuTJqny3V0c/05pAGbsvmf9wEVndJ2T7Egz+3Yc



Copymas Espinoza

La Entrada Copán
Tel.2661-3063/2661-2302
RTN. 14161984000595



Cotización

Fecha: 08 de Septiembre del 2020
Sres. Municipalidad de Cabañas, Copan
Cabañas Copan

CANTIDAD	Descripción	PRECIO	Total
3	Retma de Papel tam. Carta	80.00	240.00
3	Retma de papel tam. Oficio	125.00	375.00
2	Grapadoras Genial	68.00	136.00
2	Grapas Estándar	20.00	40.00
6	Lápiz Bic. Negro	38.00	228.00
6	Lápiz Bic. Azul	38.00	228.00
6	Lápiz Bic. Rojo	38.00	228.00
6	Lápiz Grafito Studio	25.00	150.00
10	Masking Tape	15.00	150.00
SUBTOTAL			1,543.47
15% ISV			231.52
TOTAL			1,775.00

Roel Arturo Espinoza
Roel Arturo Espinoza
Firma Representante

Copymas Espinoza
Sello

ROEL ARTURO ESPINOZA MALDONADO

1,775.00

UN MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO CON CERO CENTAVOS

PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE ÚTILES DE ESCRITORIO Y PAPELERÍA, QUE SERÁN UTILIZADOS EN EL CENTRO DE TRIAJE.



Venta de Útiles Escolares y de Oficina, Computadoras,
Impresoras, Servicio Técnico y Mucho Mas...
De: Roel Arturo Espinoza Maldonado
R.T.N. 14161984000595
Tel: 2661-2302 Cel: 9720-2386
E-mail: roelstu@live.com

Terminal de Buses, atras de BANHCAFE, La Entrada Copán, Honduras, C.A.

Contado Crédito

DIA	MES	AÑO
8	09	20

FACTURA
001-001-01-00 N° 011779

CAI: 280489-868A77-BF4198-CB089C-1CF510-AF Fecha Límite de Emisión: 29/10/2020
12 Tal. 1c. 0. Rango Autorizado: Pl. N° 001-001-01-00011401 AL N° 001-001-01-00012000

Cliente: Municipalidad de Cabañas Copán
R.T.N. 08019995370181
Dirección: B- El Centro Cabañas
N° Orden de Compra Exenta: N° Reg. S.A.G.:
N° Constancia del Registro de Exentados:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	EXENTO	GRAVADO
3	resmas papel	80 =		240 =
3	resmas papel Oficie	125 =		375 =
2	Grafadoras	68 =		136 =
2	Grafas	20 =		40 =
6	cajas Lapiz Bic Negro	38 =		228 =
6	cajas Lapiz Bic rojo	38 =		228 =
6	cajas Lapiz Bic Azul	38 =		228 =
6	cajas Lapiz Grafito	25 =		150 =
10	Mast King	15 =		150 =

<p>Gracias por Preferimos</p> <p>La Factura es Beneficio de todos "EXIJALA"</p> <p>Editorial El Foro R.T.N. 08019995370181 Tel. 26-23738 Estr. 02/11/2015 C019 N° 9231-19-10000-1-0</p> <p>Original E-mail: roelstu@live.com</p>	Rebajas y Descuentos L.		
	Total Exonerado L.		
	Total Exento L.		
	Total Gravado 15% L.		1543.48
	Total Gravado 18% L.		
	15% I.S.V. L.		231.52
	18% I.S.V. L.		
	SUB-TOTAL L.		
GRAN-TOTAL L.		1775 =	

en letra: Mil setecientos, setenta y cinco Lempiras exactos

CARLOS MONTEJO PACHECO

12,190.00

DOCE MIL CIENTO NOVENTA CON CERO CENTAVOS

PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 3 BASUREROS DE ACERO INOXIDABLE Y 4 PEDILUVIOS, UTILIZADOS EN EL CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN COPAN RUINAS.



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 09/09/2020
Hora : 09:48 a.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11530
L: 5,170.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 2533
Fecha de Emisión: 8/9/2020
No. Cheque/Nota de Debito: _____
Páguese a: NELLY LEONOR CHAVARRIA MARTINEZ Id/RTN: 04131976006528
La Cantidad en Letras: CINCO MIL CIENTO SETENTA CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 4 DISPENSADORES TOALLA Y Y CAJA DE TOALLA ROLLO, UTILIZADOS EN EL CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN COPAN RUINAS.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	5,170.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------

Total de retenciones:		0.00
-----------------------	--	------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	5,170.00
Monto Total:		5,170.00

SUBTOTAL	5,170.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	5,170.00

Firma y Sello de Presupuestario 	Firma y Sello de Alcalde (sa) 	Firma y Sello de Tesorería
-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Recibido por: Nelly Chavarria
Identidad No.: 0413197600652

0s+js49JmctYpkSAsURQa9V/czJlpGGgAfx8ukWzIRMUMdflo85wFd2uSkWeg5lkQC9m5rJL8ZX5ZZDXj+2TbFDyKckqto1q27Zf+VUJWl0NuJnIP7cgNcuTJqny3V0c /05pAGlsvmf9wEVn0J2T7Egz+3Yc

MOTIVO DEL PAGO

ORDEN DE PAGO

POR

MOVIMIENTO CONTABLE

DEBE

HABER



AUDITORIA

Nelly Chavarria

RECIBI CONFORME

CHEQUE No.

00000635

Vertical text on the right edge of the document.



INVERSIONES CHAVARRIA
RTN 04131976006528



Sres: **MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS**

Lugar : La Entrada de Copan
Fecha : 08 de Septiembre del 2020

Es para INVERSIONES CHAVARRIA un verdadero placer saludarle y
Y desearle muchos éxitos en sus funciones diarias.

A continuación le detallo y cotizo los siguientes productos:

Cantidad	Presentacion	Descripción	Precio Unitario	Total
4	Unidad	Dispensador de Toalla Palanca	980.00	3,920.00
1	Caja	Toalla Rollo Ecologica 270 Metros (6 Rollos)	1,250.00	1,250.00
		Impuesto Incluido	Total	5,170.00

y esperamos poder servirle pronto; Cualquier consulta estamos para servirle.

Atentamente,

Nelly Chavarria

Nelly Chavarria
Gte. Inversiones Chavarria
MacDel Express La Entrada
Tel. 2661-33-53 -9837-45-90

www.inversionesmacdel.ht



COTIZACIÓN

PROVEEDOR	RTN/IDENTIDAD	DIRECCION	CIUDAD
Inversiones Guayaquil	0410198400377	Barrío El Triángulo	La Entrada Cajon
FECHA	E-MAIL	TELEFONO	T-PAGO
08-09-2020		26613859	

NO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UNIDAD	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
1	Dispensador Toalla	4	7,090		28,360.00
2	Coja papel Toalla	1	7,420		7,420.00
Gracias por atender nuestra amable solicitud de precios de los Productos requeridos anteriormente.				Subtotal	35,780.00
				15%	5,367.00
				VALOR TOTAL	41,147.00

ESTOS PRODUCTOS DEBEN SER ENTREGADOS EN: _____

OBSERVACIONES: _____

VALIDES DE SU OFERTA: _____

TIEMPO DE ENTREGA _____

RESPONSABLE DE LA COMPRA



 FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

CABAÑAS

9 de septiembre de 2020

NELLY LEONOR CHAVARRIA MARTINEZ

5,170.00

CINCO MIL CIENTO SETENTA CON CERO CENTAVOS

PAGO DE CANCELACIÓN DE FACTURA POR COMPRA DE 4 DISPENSADORES TOALLA Y Y CAJA DE TOALLA ROLLO, UTILIZADOS EN EL CENTRO DE TRIAJE, UBICADO EN COPAN RUINAS.



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 14/10/2020
Hora : 01:05 p.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11660

L: 10,206.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2660

Fecha de Emisión: 14/10/2020

No.Cheque/Nota de Debito: _____

Paguese a: JOSE ESTEBAN LOPEZ ALVARADO

Id/R:TN: 04061987000451

La Cantidad en Letras: DIEZ MIL DOSCIENTOS SEIS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

CANCELACIÓN DE DOS FACTURAS POR COMPRA DE INSUMOS DE LIMPIEZA: GEL GALON, ALCOHOL GALON, DESINFECTANTE LIMPIOX, BOLSA 4X8, PAÑO DE MICROFIBRA, PASTE VERDE, PAPEL TONLLA ELITE, PAPEL SCOT Y JABON ANTOIVACTERIAL. PARA SER UTILIZADO EN EL CENTRO DE TRIAJE.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	10,206.00
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	-------------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	10,206.00
Monto Total:		10,206.00

SUBTOTAL	10,206.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	10,206.00

Firma y Sello de Presupuestario	 Firma y Sello de Alcalde (Sa)	Firma y Sello de Tesorería
---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------

Recibido por: Jose Esteban Lopez
Identidad No.: _____

0s+jsj9JmclYpl-SAeURQa9VjczJlpGGdAx8ukWzRMUvMfido8SwFd2uSkWeq5fkQC9m5rJL8ZX6ZZ0Kq+2TbF12yKckqjOlq27ZF+WUNRkNkjhIP7cgNozTJqny3V0c /05pA6bsvml9wEVn0J2T7Egz+3Yc

MOTIVO DEL PAGO

ORDEN DE PAGO

POR

MOVIMIENTO CONTABLE

DEBE

HABER

PAGO DE CANCELACIÓN DE DOS FACTURAS POR COMPRA DE INSUMOS DE LIMPIEZA: GEL GALON, ALCOHOL GALON, DESINFECTANTE LIMPIOX, BOLSA 4X8, PAÑO DE MICROFIBRA, PASTE VERDE, PAPEL TOALLA ELITE, PAPEL SCOT Y JABON ANTOIVACTERIAL. PARA SER UTILIZADO EN EL CENTRO DE TRI



CONTABILIDAD

AUDITORIA

RECIBI CONFORME

CHEQUE No.

00000767

RECIBI CONFORME POR EL SEÑOR JONAS ESTEBAN BOLA



MUNICIPALIDAD DE CABANAS COPANI
 BARRIO EL CENTRO CABANAS COPANI
 TEL. 889-4078

Cuenta No. 11-102-000335-2

CABANAS

CHEQUE No. 00000767

11 de octubre de 2020

Lugar y Fecha

X-SE ESTEBAN EN LA CATEGORIA DE...

10,200.00

Pagarse a la orden de

EL SEÑOR DON OSCAR ALVARO...

Cantidad en letras

Lempiras



Banco de Occidente S.R.

Firma(s)

401 20 10 29 010 4 10 2000 5 3 5 2 00000 7 6 7

ORDEN DE PAGO		MOTIVO DEL PAGO	
ORDEN DE PAGO	FOR		
MOVIMIENTO CONTABLE			
		DEBE	HABER
PAGO DE CANCELACION DE DOS FACTURAS POR COMPRA DE INSUMOS DE LIMPIEZA: OIL GALON, ALCOHOL GALON, RESISTENTE TANTE LIMPIEZA, BOLSA COX, PAÑO DE MICROFIBRA, PASTA VERDE, PASTA TOALLA ELITE, PAPEL SICO Y PAÑOS ANTIOYUMTERIAL PARA SER UTILIZADO EN EL CENTRO DE TRU...			
<p>CONTABILIDAD</p>		<p>AUDITORIA</p>	<p>RECIBI CONFORME</p>
			<p>CHEQUE No. 00000767</p>

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS - BANCO DE OCCIDENTE S.R.

Bodega y Abarroteria ----"El Descuento"----

Propietario: José Estéban López Alvarado

RTN: 04061987000451

Correo: eldescuento2008@hotmail.com

Bo. Buenos Aires contiguo a Ferreteria La Copaneca, San Marcos Ocotepeque, Hond. C.A

Telefono: 2663-4282 / 99663471

CAI: 98B4F0-16A8E3-574E84-9CC742-E7E6F4-D3

Factura No. 000-002-01-00014652

Fecha: 13/10/20

Cliente: MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS COPAN RTN: 08019995370181 Condicion de pago: Contado Registro de Exonerados:	Reg. S.A.G.: Orden de Compra Exenta: No. Reg. Exonerados:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

Cantidad	Descripcion	Precio	Subtotal	ISV
6.0000	Unidad Gel Antibacterial Galon	450.0000	2,700.00	E
5.0000	Unidad Galon Alcohol gel	500.0000	2,500.00	E
10.0000	Unidad Desinfectante Limpiox Galon Manzana	110.0000	1,100.00	E
5.0000	Unidad Bolsa 4x8 Paquete	20.0000	100.00	15%
3.0000	Unidad Paños de microfibra	22.0000	66.00	E
3.0000	Unidad Paste Verde 1und	5.0000	15.00	15%

Rango Autorizado

Desde: 000-002-01-00013001 Fecha limite de Emision: 20/01/21
 Hasta: 000-002-01-00018000 Fecha de Recepcion: 20/07/20

SEIS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y UNO LEMPIRAS

Subtotal:	6,466.00
Total Descuento:	0.00
Monto Exento:	6,366.00
Monto Exonerado:	0.00
Importe al 15%:	100.00
Importe al 18%:	0.00
I.S.V 15%:	15.00
I.S.V 18%:	0.00
Total L.:	6,481.00



SOLICITUD DE COTIZACION

Para: Municipalidad de cabañas Copan

RTN 0801999570181

Proveedor: Bodega y Abarroteria El Descuento

RTN: 0406 1987 000451

Fecha: _____

Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Total
6	Gel Antibacterial Galon	450	2700
5	Galon Alcohol gel	500	2500
10	Desinfectante Limpiox Galon	110	1100
5	Bolsa 4x8 Paquete	20	100
3	Paños de microfibra	22	66
3	Paste Verde 1und	5	15
Total a Pagar			6,481.00

Jose Esteban Lopez
Firma y Sello del Proveedor



SOLICITUD DE COTIZACION

Para: Municipalidad Cabanas Copan

RTN 08019995370181

Proveedor: Mercadito Nazareth

RTN: 04091989001830

Fecha: _____

<u>Cantidad</u>	<u>Descripción</u>	<u>Precio Unitario</u>	<u>Total</u>
<u>6</u>	<u>Gel Antibacterial Galon</u>	<u>455</u>	<u>2730</u>
<u>5</u>	<u>Galon Alcohol gel</u>	<u>500</u>	<u>2500</u>
<u>10</u>	<u>Desinfectante Limpiox Galon</u>	<u>110</u>	<u>1100</u>
<u>5</u>	<u>Bolsa 4x8 Paquete</u>	<u>22</u>	<u>110</u>
<u>3</u>	<u>Paños de microfibra</u>	<u>22</u>	<u>66</u>
<u>3</u>	<u>Paste Verde 1und</u>	<u>5</u>	<u>15</u>
Total a Pagar			6.521,00

MERCADITO NAZARETH
Cel. 9817-4157
San Marcos, Guatemala
Santos Rivera

Firma y Sello del Proveedor

SOLICITUD DE COTIZACION

Para: Municipalidad de Cobenas Copun -

RTN 08019995370181-

Proveedor: Comercial Maria Jose

RTN: 04121982001879

Fecha: _____

Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Total
6	Gel Antibacterial Galon	452	2712
5	Galon Alcohol gel	500	2500
10	Desinfectante Limpiox Galon	110	1100
5	Bolsa 4x8 Paquete	22	110
3	Paños de microfibra	22	66
3	Paste Verde 1und	5	15
Total a Pagar			6,503.00

Belkis Y. Moreno.

Firma y Sello del Proveedor



Bodega y Abarroteria ----"El Descuento"----

Propietario: José Estéban López Alvarado

RTN: 04061987000451

Correo: eldescuento2008@hotmail.com

Bo. Buenos Aires contiguo a Ferreteria La Copaneca, San Marcos Ocotepeque, Hond. C.A

Telefono: 2663-4282 / 99663471

CAI: 98B4F0-16A8E3-574E84-9CC742-E7E6F4-D3

Factura No. 000-002-01-00013681

Fecha: 29/08/20

Cliente: MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS COPAN

Reg. S.A.G.:

RTN: 08019995370181

Orden de Compra Exenta:

Condicion de pago: Contado

No. Reg. Exonerados:

Registro de Exonerados:

Cantidad	Descripcion	Precio	Subtotal	ISV
5.0000	Unidad Papel Toalla Elite Rollo	180.0000	900.00	15%
10.0000	Unidad Scott 1000 Hojas 4 rollos	57.5000	575.00	15%
5.0000	Unidad Jabon Antibacterial galon	450.0000	2,250.00	E

Rango Autorizado

Desde: 000-002-01-00013001 Fecha limite de Emision: 20/01/21

Hasta: 000-002-01-00018000 Fecha de Recepcion: 20/07/20

TRES MIL SETECIENTOS VEINTICINCO LEMPIRAS

Subtotal:	3,532.61
Total Descuento:	0.00
Monto Exento:	2,360.00
Monto Exonerado:	0.00
Importe al 15%:	1,282.60
Importe al 18%:	0.00
I.S.V 15%:	192.39
I.S.V 18%:	0.00
Total L:	3,725.00

BODEGA EL DESCUENTO
TEL: 2663-4282 CEL: 9966-3471
SAN MARCOS, OCOTEPEQUE
29 AGO 2020
CANCELADO

BODEGA EL DESCUENTO
TEL: 2663-4282 CEL: 9966-3471
SAN MARCOS, OCOTEPEQUE
29 AGO 2020
ENTREGADO

SOLICITUD DE COTIZACION

Nombre Bodega y Abarroteria El Descuento

Fecha: _____

Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Total
5	Papel Toalla Elite Rollo	180	900
10	Scott 1000 Hojas 4 rollos	57.5	575
5	Jabon Antibacterial galon	450	2,250.00
Total a Pagar			3,725.00

BODEGA EL DESCUENTO
TEL: 2003-4282 CEL: 9282-2471
SANTO DOMINGO, DOMINICANA

27 AGO 2020

Jose Esteban Lopez

Firma y Sello del Proveedor

04061987000451

SOLICITUD DE COTIZACION

Nombre Comercial Maria Jose

Fecha: 04/12/1982 00 1879

Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Total
5	Papel Toalla Elite Rollo	183	915
10	Scott 1000 Hojas 4 rollos	60	600
5	Jabon Antibacterial galon	450	2.250.00
Total a Pagar			3.765.00

Belkis Y. Moreno

Firma y Sello del Proveedor



SOLICITUD DE COTIZACION

Nombre Mercadito Nazareth

Fecha: _____

Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Total
5	Papel Toalla Elite Rollo	185	925
10	Scott 1000 Hojas 4 rollos	58	580
5	Jabon Antibacterial galon	450	2.250.00
Total a Pagar			3.755.00

MERCADITO NAZARETH
Cel. 9817-4157
Santos R. Veira

Firma y Sello del Proveedor

1409 1989 001830



Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 02/11/2020
Hora : 09:07 a.m.
USUARIO: IRIS.OLIVEROS
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 11746

L.: 29,337.63

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2744

Fecha de Emisión: 2/11/2020

No. Cheque/Nota de Débito:

Paguese a: CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ

Id/RTN: 0705197300015

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

Descripción:

PAGO POR LABORAR COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACIÓN, CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.

11 02 000 001 000 55110 11-011-05	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	29,337.63
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------

Total de retenciones:		0.00
------------------------------	--	-------------

11-011-05	TRANSFERENCIA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA COVID- 19 FUERZA HONDURAS	29,337.63
Monto Total:		29,337.63

SUBTOTAL	29,337.63
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	29,337.63

Firma y Sello de Presupuestario	Firma y Sello de Tesorero(a)
Firma y Sello de Alcalde (sa)	

Recibido por:
Identidad No.: 0705-1973-06015

0s+jsj9JmclYpkSAsURQn9V/cz.J/pGGpAfxbuKWztRMUvdllo8SwFd2uSkWeg5fkQC9m5rJL8ZX6ZzXkj+2TbFDyKckijIDhJ27ZF-VLUNIKNuJndP7cglNcuTJony3V0c/05pA6bsvmf9wEVn0J2T7Egz+3Yc



MUNICIPALIDAD DE CABANAS COPAN
 BARRIO EL CENTRO, CABANAS, COPAN
 TEL.: 9964-4078

CHEQUE No. 00000848

CABANAS

2 de noviembre de 2020

Cuenta No. 11-102-000535-2

Lugar y Fecha

CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ

29,337.63

L

Páguese a la orden de

VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SIETE CON SESENTA Y TRES CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras

 Banco de Occidente S.A.

Firma(s)

50120407800011407000535200000848

ORDEN DE PAGO		MOTIVO DEL PAGO	
POR			
MOVIMIENTO CONTABLE		DEBE	HABER
PAGO DE PAGO POR LABORAR COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACION CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.			
CONTABILIDAD		AUDITORIA	RECIBI CONFORME
			CHEQUE No. 00000848

PAGO DE PAGO POR LABORAR COMO MEDICO GENERAL EN EL CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACION CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE 2020.



Dr. Carlos Anibal Martínez Rodríguez

Medico, Medicina General

Col. Paimira, Calle Redondo de los Artesanos, Casa #316, Bloque #1,
Domicilio Propio, Frente a Centro Cultural de España. Cel: 9591-9949
R.T.N. 07051973000154 E-mail: camra73@hotmail.com
CAI D5FAD5-9D84DF-8A4E9E-A129A3-F985A9-90

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

N° 000-001-04-00000003

02 de noviembre de 2020

Recibi de: Municipalidad de Cobarrías R.T.N.: 08014995370121

La cantidad de: Veinte y nueve mil Trescientos Treinta y siete Lps con sesenta y tres

Por concepto de: Servicios Profesionales

Data: Avenida Rivera Pasada / Inmuebles Gólicas Arte Honduras T-4 2233-5233 R.T.N. 15091982000310 Certificado No. 0231-15-10500-22 56 Formas 000-001-04-00000001 000-001-04-00000000

Original: Cliente Copia: Obligado Titulario Emisor
FECHA LÍMITE DE EMISIÓN: 11/02/2021


Firma



Total Honorarios L. 29,337.63

Retenciones ISR L. 00.0

Neto Recibido L. 29,337.63



MUNICIPALIDAD DE CABAÑAS, DEPARTAMENTO DE COPAN

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros, **ANARDO NAPOLEON MATA GIRON**, ganadero, casado, Hondureño con domicilio en el municipio de Cabañas, Copan, con identidad No. 1406-1953-00024, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Cabañas, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ**, con Identidad número 0705-1973-00015, de profesión Médico General, casado y con domicilio en este municipio, 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 Cabañas, Copán en el CENTRO DE TRIAJE.

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

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este CONTRATO tendrá una duración de un (1) mes 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 CON SESENTA Y TRES CENTAVOS (L.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 de acuerdo a los diferentes centros o servicios a los cuales este designado. Los centro en los que prestara sus servicios serán: Centro de Triage CITEA, y Equipos de Respuesta Rápida, los turnos de trabajo serán de la siguiente manera:

- A- serán turnos de doce horas por tres días consecutivos teniendo descanso los tres días siguientes, prestando servicio de lunes a domingo.
- B- Equipo de respuesta rápida: en horario de 8:00 A.M a 2:00 P.M. de lunes a viernes, realizando actividades en todo el municipio.

El Personal contratado quedara sujeto a cambios de horario por el CONTRATANTE o al 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 periodo de EL CONTRATO. EL CONTRA-TANTE 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 con-vengan 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 Cabañas, departamento de Copan a los primeros (01) días del mes de octubre del año 2020.



ANARDO NAPOLEÓN MATA
Alcalde Municipal



CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ
CONTRATADO



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

RTN: 07051973000154

CARLOS ANIBAL MARTINEZ RODRIGUEZ
 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"/>
Prestatista	

Fecha de Emisión: 20/10/2020

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 58 del Decreto 22-97, Art. 59 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Póliza Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Ley del Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicada en el Diario Oficial la Gaceta N° 20850 y el Reglamento de Prestatista No Bancario Acuerdo 43 publicado el 18 de Enero de 1973.

[Handwritten Signature]



Ministra Directora

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DFI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 43 numeral 3 del Código Tributario. Cumpla con sus obligaciones tributarias en cumplimiento con Honduras.

Número de Documento DEI-412- 1683134

Transacción: 82B5B8

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

CARLOS ANIBAL / MARTINEZ RODRIGUEZ



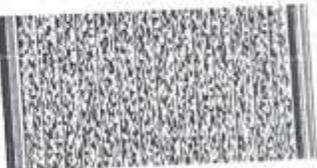
HONDUREÑO POR NACIMIENTO
NACIO EL: 12 FEBRO 1973
SEXO: MASCULINO
EMITIDA EL: 01 OCTUBRE 2008

0705-1973-00015



00751247-03

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



SOLICITADA EN 0801
CARLOS ANIBAL / MARTINEZ RODRIGUEZ
0705-1973-00015