



Municipalidad de Potrerillos, El Paraíso

E-mail potrerillos.municipalidad@yahoo.com
elparaisopotrerillos@municipalidad.info
Contacto: 98124006



NOTA ACLARATORIA

La Suscrita Secretaria Municipal del Municipio de Potrerillos, departamento de El Paraíso, Génesis Anahí Irias Torres, con identidad No. 0710-1997-00041 por medio de la presente **HACE CONSTAR QUE**; en el mes de enero del año 2024 se aprobó;

CONVENIO: con la Unidad de Atención Primaria de Salud UAPS del Casco Urbano.

Se extiende la presente en el Municipio de Potrerillos, departamento de El Paraíso a los 31 días del mes de enero del año 2024.


Génesis Anahí Irias Torres
Secretaria Municipal





Municipalidad de Potrerillos, El Paraíso

E-mail potrerillos.municipalidad@yahoo.com
elparaisopotrerillos@municipalidadhn.info
contacto: 98124006



CONVENIO ENTRE ALCALDIA MUNICIPAL DE POTRERILLOS EL PARAISO Y UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD DEL CASCO URBANO.

Nosotros, **ERLIN DAVID DUARTE VALLADARES** mayor de edad, hondureño, casado, con número de identidad **0710-1975-00063**, con domicilio en el municipio de Potrerillos, Departamento del Paraíso, quien comparece en su condición de **ALCALDE MUNICIPAL** y representante legal de la misma. Por otra parte, **YOJANA EDITH CRUZ RODRIGUEZ** hondureño con identidad número 0703-1973-00503 actuando en la condición de personal de salud encargada de dicha UAPS, HEMOS convenido celebrar el presente **CONVENIO** el cual se registrá bajo las siguientes clausulas: **CLÁUSULA PRIMERA: FINALIDAD DELCONVENIO:** en aras de mejorar la atención en la UAPS con instalaciones limpias ,atención en farmacia y demás actividades que se le asignen , por tanto se hace necesario los servicios de un colaborador para la realización de dichas actividades diarias, ya que por parte de la Secretaria de Salud solamente esta asignada la Enfermera Auxiliar. **CLAUSULA SEGUNDA: MONTO Y DESTINO DEL SUBSIDIO:** el monto total del convenio es de L. 48,000.00, el cual se otorgará mediante subsidio mensual de L. 4,000.00 (Cuatro mil lempiras exactos), los cuales se emitirán mediante cheque para el pago de la colaboradora en el centro de salud la cual deberá cumplir los requerimientos para realizar el ase diario y control y atención en farmacia, apegados a la normativa de Salud. **CLÁUSULA TERCERA: PLAZO:** el plazo será a partir del 03 de enero al 30 de diciembre dos mil veinticuatro.



HONDURAS

Municipalidad de Potrerillos, El Paraíso

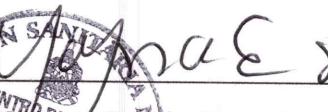

E-mail potrerillos.municipalidad@yahoo.com
elparaisopotrerillos@municipalidadhn.info
contacto: 98124006



CLÁUSULA CUARTA: LIQUIDACION: la encargada de la UAPS entregará informe, copia de identidad y recibo de pago a la persona encargada del aseo diario y atención en farmacia. **CLAUSULA QUINTA:** La alcaldía municipal se compromete únicamente al pago mensual del subsidio. **CLAUSULA SEXTA: RESCISIÓN DEL CONVENIO:** podrá ser rescindido por lo siguiente: por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes, por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha y por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por las derivaciones de este **CONVENIO**. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Ambas partes manifiestan estar enterados de todos los términos y condiciones del presente **CONVENIO** y se obligan a su fiel cumplimiento. En fe de lo cual firmamos el presente **CONVENIO** en el Municipio de Potrerillos, Departamento de El Paraíso a los tres días del mes de enero del año dos mil veintitrés.




Erlin David Duarte Valladares
Alcalde Municipal



Edith Cruz Rodríguez
Encargada de la UAPS