



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO.

Nosotros; **GERMAN GUERRA ECHEVERRIA**, mayor de edad, casado, hondureño, con domicilio, en La Jigua, departamento, Copan, con tarjeta de identidad numero; **0411-1967-00104**, actuando en mi condición de Alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de; La Jigua, copan, quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **LILIANA SARAI SERRANO FRANCO**, mayor de edad, soltera, auxiliar de enfermería, con domicilio en Aldea El Sisin, La Jigua, Copan, con tarjeta de identidad numero; **0411-1997-00173**, quien en adelante se denominará "**EL CONTRATADO**" y para efectos, en el marco de la Operación Presidencial "**Fuerza Honduras**" creada en virtud del decreto ejecutivo numero; **PCM-061-2020**, hemos convenido en celebrar, el presente Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado, mismo que se regulará bajo las cláusulas y estipulaciones siguientes:

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, requiere de los servicios profesionales de forma exclusiva del contratado para realizar las funciones de, **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**. quien se compromete a dar su mejor esfuerzo para realizar las funciones asignadas, quien tendrá su sede en el Municipio de La Jigua, Copan, en el **CENTRO DE TRIAJE** ubicado en el edificio municipal, utilizado anteriormente como purificadora de agua de La Jigua, Copan.

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

1) Ordenamiento del área de atención y de espera de los pacientes verificando que el área tenga los insumos necesarios y básicos para brindar la atención al paciente, 2) recibir al paciente de forma amable con empatía y respeto y orientarlo en las áreas de espera, farmacia y atención, 3) anotar a los pacientes en el libro de atenciones diarias o formato similar para llevar el control diario de los pacientes que acuden a consulta, 4) realizar triaje de los pacientes en el área de espera para detectar posibles pacientes complicados que ameriten atención inmediata, 5) realizar la preclínica del paciente que acude a consulta en el área de covid, toma de presión, pulso, temperatura, frecuencia cardiaca, oximetría de pulso, frecuencia respiratoria y peso, 6) preparación del expediente clínico del paciente con los formularios correspondientes, asegurando el llenado correcto y completo de los encabezados, luego pasarlos al médico tratante para su evaluación, 7) impartir charlas educativas a la



MUNICIPALIDAD DE LA JIGUA
DEPARTAMENTO DE COPÁN
HONDURAS, C.A
email: municipalidad.jigua@yahoo.es



población que acuda al establecimiento para orientar y promover medidas de prevención contra el covid-19 u otro tema de interés. 8) despacho de receta médica según el tratamiento indicado, dosis y duración, además de orientar previamente el paciente en como utilizarlo. 9) realizar procedimientos de enfermería como ser; aplicación de inyecciones, curaciones, nebulizaciones, aplicación de sueros, catéteres, muestras de sangre y apoyar en procedimientos que el médico requiera, 10) apoyar en el seguimiento de los pacientes atendidos vía telefónica o mediante visita presencial para verificar la evolución del paciente, 11) en ausencia del medico deberá de realizar la atención al paciente que demande consulta u otra necesidad, 12) apoyar en el traslado del paciente que amerite referirlo para estabilizar y acompañar en la entrega del paciente al segundo nivel, 13) apoyar en búsqueda activa de casos sospechosos, o confirmados por covid -19 en caso de ser necesario, 14) control de bodega y farmacia para administrar correctamente los insumos mediante Kardex controlando las entradas y salidas, 15) apoyar en la elaboración donde los consolidados de atención de pacientes, reporte oportuno de casos sospechosos o confirmados mediante la alerta diaria a la autoridad correspondiente, 16) realizar el reporte oportuno ante la necesidad de materiales o insumos necesarios para la atención ya sea EPP, medicamento, material de aseo, oficina entre otros, 17) u otras acciones o funciones que el empleador demande.

TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (3) meses contados iniciando a los veintiún (21) días del mes de Septiembre y finalizando a los veintiún días del mes de Diciembre del año 2020, y estará sujeto a la autonomía de la voluntad de las partes **CONTRATANTES**, prestando **EL CONTRATADO**, sus servicios 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**. Artículo 46 literal b Código del trabajo de Honduras.

CUARTA: MONTO A PAGAR POR EL CONTRATO; el monto total del contrato es de; **TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS LEMPIRAS (L. 37,800.00)** en virtud de la naturaleza especialísima de este contrato y teniendo en cuenta la hora a realizarse por **“LA MUNICIPALIDAD”**, los efectos jurídicos del presente contrato terminaran al mismo tiempo que la actividad de **“EL CONTRATADO”** finalice, sin responsabilidad legal de **“LA MUNICIPALIDAD”** en concepto de prestaciones. Los pagos se realizarán de manera quincenal y serán de; **SEIS MIL TRECIENTOS LEMPIRAS (L.6,300.00)** haciendo un pago mensual ya establecido por de acuerdo a la tabla de salarios que maneja la Secretaria de Salud, (SESAL) de: **DOCE MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS (L. 12,600.00)** El monto total de este **CONTRATO** será cubierto con fondos transferidos por la Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización mediante el Programa **“Fuerza Honduras”**.



MUNICIPALIDAD DE LA JIGUA
DEPARTAMENTO DE COPÁN
HONDURAS, C.A
email: municipalidad.jigua@yahoo.es



QUINTA: DE LA JORNADA DE TRABAJO: La Jornada de trabajo será por turnos de ocho horas de lunes a viernes en un horario de 11:00 AM a 7:00 PM, y cubrirá un turno de seis horas un fin de semana de por medio entre sábado y domingo y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.

SÉXTA: 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.

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

OCTAVA: 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**.

NOVENA: 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



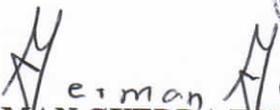
MUNICIPALIDAD DE LA JIGUA
DEPARTAMENTO DE COPÁN
HONDURAS, C.A
email: municipalidad.jigua@yahoo.es



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 duplicado el presente **CONTRATO** en la Jigua, Copan a los veintiún días del mes de septiembre del año 2020.




GERMAN GUERRA ECHEVERRIA
Municipalidad de La Jigua, Copan
Contratante


LILIANA SARAI SERRANO FRANCO
Auxiliar de Enfermería
Contratado

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

LILIANA SARAI / SERRANO FRANCO



HONDUREÑA POR -NACIMIENTO
NACIO EL : 12 ENERO 1997
SEXO -FEMENINO
EMITIDA EL :27 MAYO 2016

0411-1997-00173



15800993-01

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 0411

LILIANA SARAI / SERRANO FRANCO

0411-1997-00173

DECLARACION JURADA

Yo, **Liliana Sarai Serrano Franco** mayor de edad, soltera, Auxiliar de Enfermería, hondureña, residente en Aldea El Sisin del municipio de La Jigua, Departamento de Copán, en forma espontánea por medio de la presente **DECLARACIÓN JURADA** manifiesto lo siguiente: **PRIMERO:** Que soy Enfermera Auxiliar graduada en el Centro de Enfermería Auxiliar de La entrada Copán, siendo mi aspiración principal prestar mis servicios de salud en cualquier sector ya sea Privado o Público, lo cual no ha sido posible hasta la fecha, ya que el mayor empleador es el Estado, el cual tiene sus limitaciones presupuestarias.- **SEGUNDO:** Por lo expresado anteriormente **DECLARO** que en la actualidad me encuentro desempleada, formando parte de un gran número de colegas que tampoco han conseguido colocarse.- **TERCERO:** Queriendo sumarme al esfuerzo que hace el Gobierno Central y la Municipalidad de La Jigua, Copán para controlar la pandemia del COVID-19, lo cual se hace de diversas maneras y concretamente a través de los fondos de **FUERZA HONDURAS** asignados por el Gobierno de la República, aceptaré un trabajo temporal por espacio de tres meses, ratificando que durante el año 2020, no he tenido ningún empleo, por lo tanto lo que percibiré a través de Fuerza Honduras, será mi única fuente de ingreso en el presente año.

Para los efectos legales pertinentes, firmo la presente declaración en el **Municipio de la Jigua, Copán a los veintiún días del mes de septiembre del año 2020**



Liliana Sarai Serrano Franco

No. Identidad. 0411-1997-00173



CENFA

Promoción: Cantautor "Guillermo Anderson Avilés"



DIPLOMA

El Director de

CENFA CENTRO DE ENFERMERIA AUXILIAR

Por Cuanto a: Liliana Sarai Serrano Franco

Se le extiende el presente Diploma el cual garantiza su aprendizaje y da fe que ha cumplido con el tiempo teórico y práctico reglamentario en este curso.

Por Tanto : Se acredita como Enfermera Auxiliar para que sea habido y tenido por tal. Y goce de los derechos que le corresponde.

Dado en la ciudad de: La Entrada, Depto. de Copán Honduras, C.A.

Registro No. 0944

02 de Julio de 2017


Jorge Luis Escobar
Director Académico


Dra. Belinda Saborro Figueroa M.
Colegiado No. 1105985214

CENFA

CENTRO DE ENFERMERIA AUXILIAR



CONSTANCIA

Por medio de la presente se hace constar que la alumna: **Liliana Saraí Serrano Franco**. Aprobó el curso de “**Enfermería Auxiliar**” que se impartió en esta ciudad de la Entrada; quien cumplió con el tiempo teórico y práctico reglamentario en nuestra escuela. Y que se puede desempeñar en cualquier campo en lo relacionado con Enfermería Auxiliar.

Dado en la Entrada, Copán a los 02 días del mes de julio del año 2017.

