



MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD SANTA BARBARA
PAGO DE PLANILLA A PERSONAL DE SALUD ASIGNADOS AL CENTRO DE TRIAJE
OPERACIÓN FUERZA HONDURAS
PERIODO DEL 01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2020



N°	NOMBRE COMPLETO	IDENTIDAD	CARGO	N° de Cheque	Sueldo Mensual	Deducción de del 12,5% ISR	Valor neto a Pagar	FIRMA
1	JOSE MAURICIO CASTELLANOS ROMERO	1626-1995-00377	MICROBIOLOGO	13463	22.000,00	2.750,00	19.250,00	
2	DAGOBERTO VASQUEZ MANCIA	1626-1991-00045	AUXILIAR DE ENFERMERIA	13464	12.600,00	1.575,00	11.025,00	
3	JEILY YORLENY PAZ PAZ	1626-1998-00341	AUXILIAR DE ENFERMERIA	13465	12.600,00	1.575,00	11.025,00	
TOTAL					47.200,00	5.900,00	41.300,00	



Alma Sarai Paz Sabillon
Tesorera Municipal



Manuel Leopoldo Regalado F.
Alcalde Municipal

023604000020

MUNICIPALIDAD TRINIDAD S.B.
BO. EL CENTRO, TRINIDAD S.B.
TEL: 857-16-89

CHEQUE No. 00013471

TRINIDAD 22 de diciembre de 2020

Lugar y Fecha

JOSE MAURICIO CASTELLANOS ROMERO

Páguese a la orden de

L. 19,250.00

DIECINUEVE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA CON CERO CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras



BANCO HONDUREÑO DEL CAFÉ, S.A.

Firma(s)

⑈0⑆002⑆⑆2⑈00023604000020⑈00013471

MOTIVO DEL PAGO

PAGO DE Planilla por pago de sueldo a Medico Microbiólogo contratado para la Emergencia COVID-19 en el marco de La Ope
Fuerza Honduras, correspondiente al periodo del 01 al 30 de noviembre 2020CUENTA
23604000020

CONCEPTO

PAGO DE Planilla por pago de sueldo a Medico Microbiólogo
contratado para la Emergencia COVID-19 en el marco de La
Operación Fuerza Honduras, correspondiente al periodo del 01
al 30 de noviembre 2020DEBITO
19,250.00

CREDITO



CHEQUE No.

00013471

HECHO POR

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME



Honduras, C.A.

TRINIDAD, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 22/12/2020

Hora : 05:11 p.m.

USUARIO:

YESSENIA.CASTELLANOS

Orden de Pago No.: 1810

L.: 22,000.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1414

Fecha de Emisión: 22/12/2020

No.Cheque/Nota de Debito:

Pague a: JOSE MAURICIO CASTELLANOS ROMERO

Id/RTN: 1626199500377

La Cantidad en Letras: VEINTIDOS MIL CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Planilla por pago de sueldo a Medico Microbiólogo contratado para la Emergencia COVID-19 en el marco de La Operación Fuerza Honduras, correspondiente al periodo del 01 al 30 de noviembre 2020

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 007 000 55110 11-001-01	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	22,000.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
202	RETENCION DE ISR	2,750.00
Total de retenciones:		2,750.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	22,000.00
Monto Total:		22,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		22,000.00
- RETENCIONES		2,750.00
TOTAL		19,250.00



Sello de Presupuestario



Firma y Sello de Alcalde (sa)



Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por:

Identidad No.:

1626-1995-00377

0s+js/j9JmckbhbMB+IgWzx5/5YPz+jL+xbjLPtg6vLrEXF8UHPS/bDwfUYzjZiGX9Yqg1y8XhiCGvmUBIfatiLu+cr0sVdf8vg7/Yj2IYXXS2h4ZiddR21ZK6BMF6JIZT9IfG
+4B5OHVOW9WCuco0A7sISbB13uEGuJqzqnp3dt5T/e3NK bQ==



MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD

SANTA BÁRBARA, HONDURAS, C. A.

ALCALDÍA MUNICIPAL



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **MANUEL LEOPOLDO REGALADO FERNÁNDEZ** con 41 años de edad, número de identidad **1606-1979-00036**; **Casado**, Con residencia en el Municipio de Trinidad, Departamento de Santa Bárbara, actuando en mi condición de alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Trinidad, Santa Bárbara quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE**, y **JOSÉ MAURICIO CASTELLANOS ROMERO** de 25 años de edad, con número de identidad **1626-1995-00377**, **Soltero**, de profesión **DOCTOR EN MICROBIOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN ANÁLISIS CLÍNICOS**, que reside en la ciudad de Trinidad, Departamento de Santa Bárbara; 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 profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **DOCTOR EN MICROBIOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN ANÁLISIS CLÍNICOS** quien tendrá su sede en el Municipio de Trinidad, Santa Bárbara, en el **CENTRO DE TRIAJE municipal de Trinidad, Santa Bárbara**.

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

1. Atención directa al paciente.
 2. Toma de muestras.
 3. Realización de pruebas de laboratorio.
 4. Realización de pruebas rápidas y toma de hisopados según programación.
 5. Participar en las brigadas programadas.
 6. Realizar cualquier otra tarea inherente al cargo.
- CLAUSULA SEGUNDA:** El presente contrato es por tiempo limitado. **CLAUSULA TERCERA:** El presente contrato tendrá una duración de tres (03) meses dando inicio la relación laboral el primero de noviembre del año dos mil veinte (01/11/2020) y terminando el treinta de noviembre del dos mil veinte (30/11/2020).

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de un (1) mes contado a partir del (01) de noviembre al 30 de noviembre del 2020 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



MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD

SANTA BÁRBARA, HONDURAS, C. A.

ALCALDÍA MUNICIPAL



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 **Lps. 22,000.00** 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 por turnos rotativos de lunes a Domingo, establecidos por **EI CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.

CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCIONES. **EL CONTRATADO** autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) por un valor de **Dos Mil Setecientos Cincuenta (Lps. 2,750.00)** correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta.

CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES: Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, **EL CONTRATADO** se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción judicial. **EL CONTRATADO** contratará y mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el período de **EL CONTRATO**. **EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que **EL CONTRATADO** o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

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

CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO. Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de **EL CONTRATO** sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de



MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD
SANTA BÁRBARA, HONDURAS, C. A.
ALCALDÍA MUNICIPAL



desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por las derivaciones de este **CONTRATO**.

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

ACEPTACIÓN FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento.

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Trinidad Municipio de Trinidad Santa Bárbara al (01) día del mes de noviembre al 30 de noviembre del año 2020.



El Contratante
Alcalde Municipal

El Contratado



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD

REGION SANITARIA SANTA BÁRBARA No. 16.



OPERACIÓN FUERZA HONDURAS 2020

EMERGENCIA COVID-19.

DEPARTAMENTO DE SANTA BÁRBARA.

INFORME MENSUAL DE ATENCIONES REALIZADAS OPERACIÓN
FUERZA HONDURAS, EMERGENCIA COVID-19 MES DE
NOVIEMBRE.

DR. MB JOSE MAURICIO CASTELLANOS ROMERO.

1-30 DE NOVIEMBRE DEL 2020.

DR. MB Mauricio Castellanos.
Centro de Triage



Vo.Bo. Dr. Benjamin López Toro
Jefe Regional de Salud

**INFORME MENSUAL DE ATENCIONES REALIZADAS PROYECTO
CÓDIGO VERDE MÁS 2020 EMERGENCIA COVID-19 MES DE
NOVIEMBRE.**

CENTRO ASISTENCIAL/INSTITUCIÓN: REGIÓN SANITARIA SANTA

BARBARA No. 16

DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

MUNICIPIO: TRINIDAD SANTA BARBARA.

REPRESENTANTE LEGAL: DR. BENJAMÍN ADALBERTO LÓPEZ TORO

FECHA DE INICIO DE PROYECTO: 23 / MARZO/ 2020.

PERIODO DE INFORME: DEL: 1 / NOVIEMBRE / 2020 AL: 30/ NOVIEMBRE /
2020.

NOMBRE COMPLETO	IDENTIDAD	PROFESIÓN	AREA ASIGNADA
José Mauricio Castellanos Romero.	1626-1995-00377	Microbiólogo	Equipo de Respuesta Rápida.

MICROBIOLOGO

FUNCIONES	No.
Preparación de medios de transporte viral	○ Todos los días antes de salir a tomar muestras se prepara la cantidad de medios que se llevaran al lugar planificado para la toma de muestras. Al igual después de tomar las muestras se preparan para llevarlas de una forma adecuada al Laboratorio Regional de Santa Barbara.
Manejo de Equipos de Protección Personal	○ Cada día se ordenó y desinfecto los materiales de protección personal.
Toma de muestras de Hisopado nasofaríngeo	○ Se realizó 79 hisopados nasofaríngeos del 1 al 30 de Noviembre.
Recepción de muestras para COVID-19	○ Cada día que se tomo hisopados nasofaríngeos.
Toma de muestras para prueba rápida	○ 16 pruebas rápidas
Embalaje y envío de muestras COVID-19	○ Se apoyó al embalaje y envío de muestras al Laboratorio Regional de Santa Barbara.
Educación	○ Capacitación al personal de salud de Trinidad Santa Barbara con lo referente al área de laboratorio ○ Se educa cada día al personal de salud de cada lugar en cada reunión antes de la búsqueda de los posibles casos y a las personas que se someten a la realización de la prueba diagnóstica.
Información	○ Se les hizo conciencia a sospechosos de Covid-19 de la importancia de realizarse el hisopado nasofaríngeo, también se les explico cómo se realiza y el porqué.

ATENCIONES REALIZADAS POR ÁREA O SALA:

ÁREA O SALA	CANTIDAD DE ATENCIONES
Atenciones en consulta externa	0
Atenciones en emergencia	0
Evaluaciones en CAT	0
Charlas, Comparecencias o Capacitaciones	79 charlas de hisopados + 16 de pruebas rápidas+ +1 charlas a personal de salud, 1 reunión con la corporación municipal de Trinidad +137 determinaciones de la rutina del Laboratorio del Centro de Salud.
Muestras tomadas	95
Seguimiento Positivos	58
Seguimiento de contactos	0
Inspección de establecimientos	0
TOTAL, DE ATENCIONES REALIZADAS EN EL MES	386

DOMINGO 1 DE NOVIEMBRE DEL 2020

Pendiente de cualquier llamado para toma de muestra.

LUNES 2 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Visita a la aldea El Diviso Trinidad Santa Barbara.

Me reuní con el personal de salud de trinidad santa barbara y procedimos a búsqueda de contactos en la aldea El Diviso, se educo a la población y se tomo 6 muestras de hisopada para RT-PCR.



MARTES 3 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Municipio de Trinidad Santa Bárbara

Reunión con el personal de salud, búsqueda del contacto, se educó y se tomó 1 muestra y reunión con la corporación municipal.



MIÉRCOLES 4 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Visita a la aldea La Huerta Trinidad Santa Bárbara.

Nos dirigimos a la comunidad de La Huerta Trinidad donde se fue a tomar 6 muestra.



JUEVES 5 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Visita al Barrio San Juan 2 y el Barrio La Colonia Babun de Trinidad Santa Bárbara

Reunión con el personal de salud luego se procedió a la búsqueda de contactos en el casco y se educó a las personas sospechosas y se tomaron 7 muestras.



VIERNES 6 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Toma de muestras en el centro de Triage de Trinidad Santa Bárbara

Reunión con el personal de salud y se dio educación a cada persona sospechosa por Covid-19 y se procedió a tomar 14 muestras en el centro de salud.



SABADO 7 DE NOVIEMBRE DEL 2020

Pendiente de cualquier llamado a toma de muestra.

DOMINGO 8 DE NOVIEMBRE DEL 2020

Pendientes de cualquier llamado a toma de muestras

LUNES 9 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Visita al Barrio Las Palmas de Trinidad Santa Bárbara

Reunión con el equipo del centro de salud y se educó y tomo 2 muestras hisopados nasofaríngeos y 2 pruebas rápidas.



MARTES 10 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Centro de Triage de Trinidad Santa Bárbara

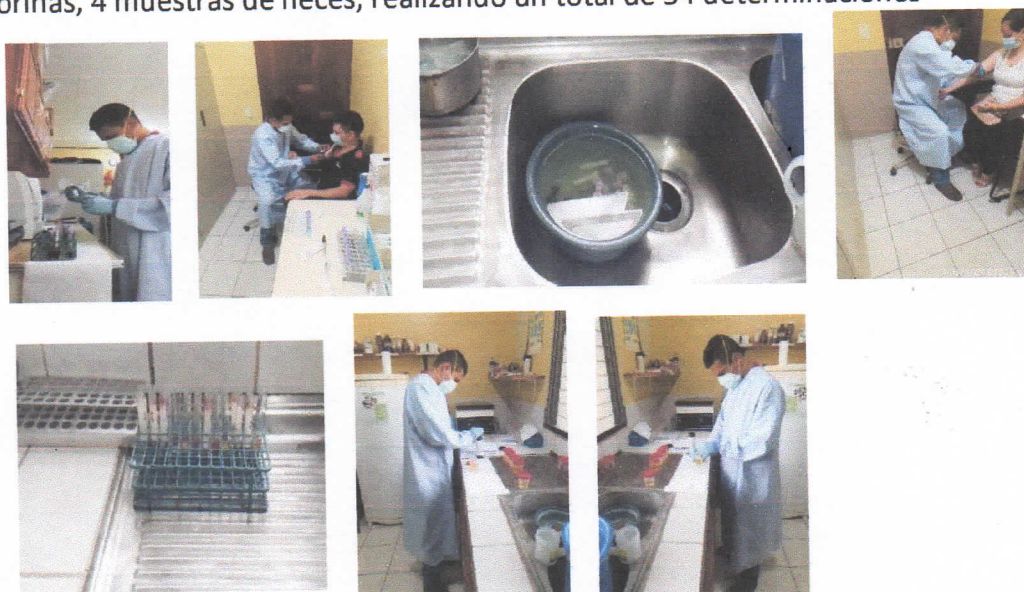
Reunión con el personal de salud y se dio educación a cada persona sospechosa por Covid-19 y se procedió a tomar 3 muestras en el centro de salud.



MIÉRCOLES 11 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Centro de salud de trinidad Santa Bárbara.

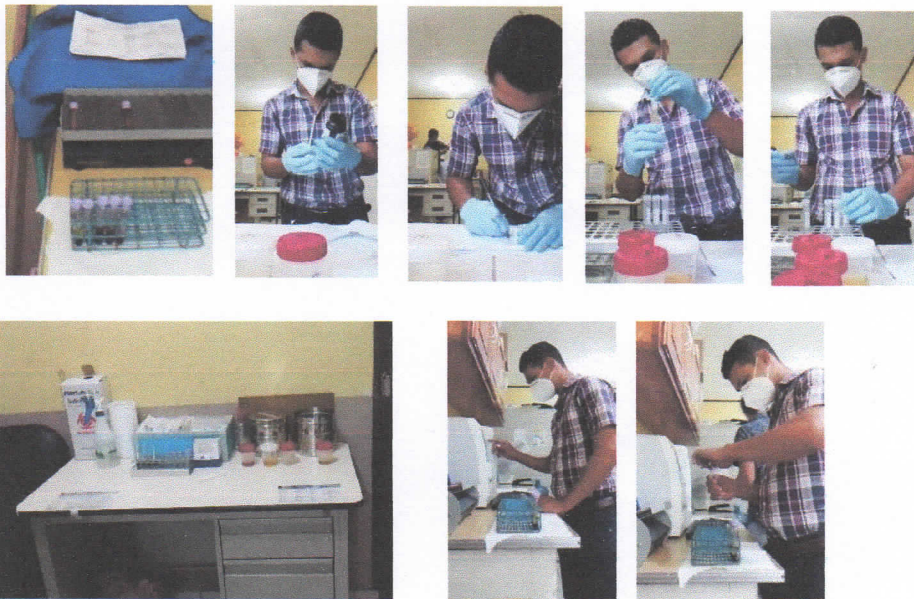
Realicé 25 tomas de muestras, 19 de ellas de pacientes sospechosos de covid-19, dentro de las pruebas realizadas tenemos 19 hemograma y Químicas, 6 muestras de orinas, 4 muestras de heces, realizando un total de 54 determinaciones



JUEVES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Centro de Salud de Trinidad

En el Laboratorio del centro de salud de trinidad, me desempeñé en toma de muestras sanguíneas para hemograma y químicas, también diagnóstico de muestras de heces y orina, pruebas rápidas de covid, Helicobacter pylori, pruebas de embarazo, pruebas especiales entre otras cosas, siendo un total de 63 determinaciones.



VIERNES 13 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Centro de Salud de Trinidad Santa Bárbara.

Charlas al Personal de Salud de Trinidad



SABADO 14 DE NOVIEMBRE DEL 2020

Pendientes de cualquier llamado a toma de muestras.

DOMINGO 15 DE NOVIEMBRE DEL 2020

Pendientes de cualquier llamado a toma de muestras.

LUNES 16 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Visita al barrio Las Palmas de Trinidad Santa Bárbara.

Reunión con el personal de salud, búsqueda de contactos, educó y se tomó 9 muestras.



MARTES 17 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Visita al Barrio San Juan 1 de Trinidad Santa Bárbara.

Reunión con el personal de salud y búsqueda de contactos, se educó y tomo 6 muestras.



MIÉRCOLES 18 DE NOVIEMBRE DEL 2020

Incomunicado



JUEVES 19 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Incomunicados, no pudimos realizar actividades de diagnóstico.



VIERNES 20 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Centro de Salud y albergues de Las Delicias y Escuela Guadalupe Ulloa de Trinidad

Me desplace al centro de salud de Trinidad Santa Bárbara, donde tome muestras para hemograma y química y ayude con la rutina realizando 20 determinaciones, luego salimos con el equipo de respuesta rápida de trinidad a el albergue de Las Delicias donde se evaluó a la familia damnificada y se educó y tomo 8 pruebas rápidas, luego nos dirigimos al albergue de la escuela Guadalupe Ulloa donde se evaluó y se tomó 1 prueba rápida.



SABADO 21 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Pendientes de cualquier llamado a toma de muestras

DOMINGO 22 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Pendientes de cualquier llamado a toma de muestras

LUNES 23 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Visita al Barrio Las Plamas y el Embudo de Trinidad Santa Bárbara

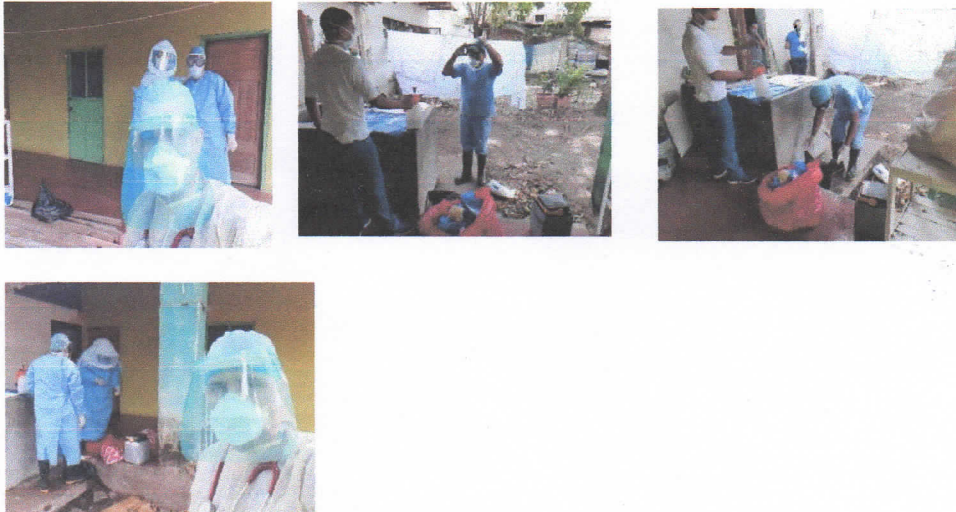
Reunión con el personal de salud, búsquedas de contactos y Tomas de muestras 6.



MARTES 24 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Visita al municipio de Trinidad Santa Barbara

Búsqueda de contacto, se educó y tomo 1 muestra hisopado y 1 prueba rápida.



MIÉRCOLES 25 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Centro de Salud de Trinidad

Desarrollo de actividades de rutina de laboratorio



JUEVES 26 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Visita al barrio Las Joyitas de Trinidad Santa Barbara.

Preparar material. Reunión con personal del centro de salud, búsqueda, educación y toma de 10 muestras y entrega de tratamiento.



VIERNES 27 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Centro de Salud de Trinidad de Santa Bárbara.

Se educó a la población y se procedió a la toma de 4 muestras de hisopado para RT-PCR.



SABADO 28 DE NOVIEMBRE DEL 2020

De turno por llamado

DOMINGO 29 DE NOVIEMBRE DEL 2020

De turno por llamado

○

○

LUNES 30 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- Visita a la comunidad de El Diviso Trinidad Santa Barbara

Reunión con el personal de salud, búsqueda, educó y toma de 4 muestras y entrega de tratamiento.





República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 15/10/2018

RTN: 16261995003777

JOSE MAURICIO CASTELLANOS ROMERO

Nombre o Razón Social

Inscripciones

- | | | | |
|------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Ventas-Selectivo | ☐ | Productores Importadores de Cigarrillos | ☐ |
| Importador | ☐ | Productor Alcoholes Licores | ☐ |
| Exportador | ☐ | Distribuidor Alcoholes Licores | ☐ |
| Imprentas | ☐ | Importador Alcoholes Licores | ☐ |
| Prestamista | ☐ | | |

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973; Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.


Ministra Directora



SAR

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 3033725

Transacción: 7CA860

023604000020
MUNICIPALIDAD TRINIDAD S.B.
BO. EL CENTRO, TRINIDAD S.B.
TEL: 657-16-89

CHEQUE No. 00013472
TRINIDAD 22 de diciembre de 2020

Lugar y Fecha

DAGOBERTO VASQUEZ MANCIA

11,025.00

Páguese a la orden de

ONCE MIL VEINTICINCO CON CERO CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras

 **BANHCAFE**
BANCO HONDUREÑO DEL CAFÉ, S.A.

Firma(s)

00100214200002360400002000013472

MOTIVO DEL PAGO

PAGO DE Planilla por pago de sueldo a Auxiliar de Enfermera contratado para la Emergencia COVID-19 en el marco de La Op
Fuerza Honduras, correspondiente al periodo del 01 al 30 de noviembre 2020

CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
23604000020	PAGO DE Planilla por pago de sueldo a Auxiliar de Enfermera contratado para la Emergencia COVID-19 en el marco de La Operación Fuerza Honduras, correspondiente al periodo del 01 al 30 de noviembre 2020	11,025.00	



CHEQUE No.

00013472

HECHO POR

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME



Honduras, C.A.

TRINIDAD, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 22/12/2020

Hora : 05:15 p.m.

USUARIO:

YESSENIA.CASTELLANOS

Orden de Pago No.: 1811

L.: 12,600.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1415

Fecha de Emisión: 22/12/2020

No.Cheque/Nota de Debito:

Pague a: DAGOBERTO VASQUEZ MANCIA

Id/RTN: 1626199100045

La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

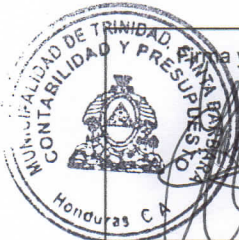
Planilla por pago de sueldo a Auxiliar de Enfermera contratado para la Emergencia COVID-19 en el marco de La Operación Fuerza Honduras, correspondiente al periodo del 01 al 30 de noviembre 2020

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 007 000 55110 11-001-01	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
202	RETENCION DE ISR	1,575.00
Total de retenciones:		1,575.00

CODIGO	RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	12,600.00
- RETENCIONES	1,575.00
TOTAL	11,025.00



Firma y Sello de Presupuestario



Firma y Sello de Alcalde (sa)



Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por:

Identidad No.:

1626 1991 00045

0s+js/f9JmckbhbMB+lgWzx5/5YPz+jL+xhjLPtg6vLrEXF8UHPS/bDwfUYzjZIGX9Yqg1y8XhiCGvmUBIfatiLu+cr0sVdf8vg7/Yj2IYXXS2h4ZiddR21ZK6BMF6JIZT9IfG+4B5OHVOW9WCuco0A7slSbB13uEGuJqzqnp3dt5T/e3NK bQ==



MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD
SANTA BÁRBARA, HONDURAS, C. A.
ALCALDÍA MUNICIPAL



CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR
TIEMPO DETERMINADO

Nosotros, **MANUEL LEOPOLDO REGALADO FERNÁNDEZ** con 41 años de edad, numero de identidad **1606-1979-00036**; **Casado**, Con residencia en el Municipio de Trinidad, Departamento de Santa Bárbara, actuando en mi condición de alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Trinidad, Santa Bárbara quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE**, y **DAGOBERTO VÁSQUEZ MANCIA** de 29 años de edad, con número de identidad **1626-1991-00045**, **Soltero**, de profesión **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, que reside en la ciudad de Trinidad, Departamento de Santa Bárbara; 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 profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** quien tendrá su sede en el Municipio de Trinidad, Santa Bárbara, en el **CENTRO DE TRIAJE municipal de Trinidad, Santa Bárbara**.

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

1. Atención directa del paciente.
2. Clasificación en el área de triaje.
3. Cuidados del paciente hospitalizado, cumplimiento de las órdenes médicas y administración de los medicamentos.
4. Mantener ordenada la sala.
5. Asistir a las capacitaciones para fortalecer sus conocimientos.
6. Realizar cualquier otra tarea inherente al cargo.

CLAUSULA SEGUNDA: El presente contrato es por tiempo limitado.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de un (1) mes contado a partir del (01) de noviembre al 30 de noviembre del 2020 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**.



MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD

SANTA BÁRBARA, HONDURAS, C. A.

ALCALDÍA MUNICIPAL



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 **Lps. 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 por turnos rotativos de lunes a Domingo, establecidos por **EI CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.

CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCIONES. EL CONTRATADO autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) por un valor de **Mil Quinientos Setenta y Cinco (Lps.1, 575.00)** correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta.

CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES: Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, **EL CONTRATADO** se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción judicial. **EL CONTRATADO** contratará y mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el período de **EL CONTRATO. EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que **EL CONTRATADO** o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

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

CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO. Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de **EL CONTRATO** sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por los derivaciones de este **CONTRATO**.



MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD
SANTA BÁRBARA, HONDURAS, C. A.
ALCALDÍA MUNICIPAL



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

ACEPTACIÓN FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento.

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Trinidad Municipio de Trinidad Santa Bárbara al (01) día del mes de noviembre al 30 de noviembre del año 2020.


El Contratante
Alcalde Municipal


El Contratado

PROGRAMA FUERZA HONDURAS

DIRECTORA:

DRA. LEYLA PASCUA

ALCALDE:

LEOPOLDO REGALADO

NOMBRE:

DAGOBERTO VASQUEZ MANCIA

NÚMERO DE IDENTIDAD:

1626-1991-00045

CARGO:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

MES:

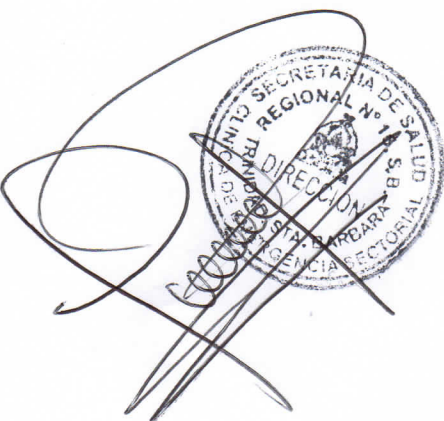
01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE

FECHA:

08/ 12/ 2020

LUGAR:

TRINIDAD, SANTA BÁRBARA.



PROGRAMA FUERZA HONDURAS

DIRECTORA:

DRA. LEYLA PASCUA

ALCALDE:

LEOPOLDO REGALADO

NOMBRE:

DAGOBERTO VASQUEZ MANCIA

NÚMERO DE IDENTIDAD:

1626-1991-00045

CARGO:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

MES:

01 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE

FECHA:

08/ 12/ 2020

LUGAR:

TRINIDAD, SANTA BÁRBARA.

Informe de actividades en el triaje Municipal

Semana 1 del mes de Noviembre 2020

De la fecha 01 de noviembre al 8 de noviembre del 2020

A continuación se describen las actividades

- se recibió turno para darle continuidad a las atenciones.
- Se recibió equipo del triaje
- Se hizo desinfección del mismo, así como a cada espacio del triaje
- Ordenamiento de las unidades.
- Abastecimiento de medicamentos y solicitud de medicamento a quien corresponde.
- Se tomaron signos vitales a pacientes que acuden a recibir atención media y servicios de enfermería.
- Se realizó la ubicación de pacientes guardando el distanciamiento físico.
- Se orienta la población sobre los cuidados, medidas de bioseguridad, lavado de manos y desinfección con soluciones.
- Se aplicaron medicamentos
- Ordenamiento de recetas y expedientes
- Entrega de equipo al personal que corresponde al siguiente turno.
- Se hicieron observaciones para plan de mejora.

Informe de actividades en el triaje Municipal

Semana 2 del mes de Noviembre 2020

De la fecha 09 de noviembre al 15 de noviembre del 2020

A continuación se describen las actividades

- se recibió turno para darle continuidad a las atenciones.
- Se recibió equipo del triaje
- Se hizo desinfección del mismo, así como a cada espacio del triaje
- Ordenamiento de las unidades.
- Abastecimiento de medicamentos y solicitud de medicamento a quien corresponde.
- Se tomaron signos vitales a pacientes que acuden a recibir atención media y servicios de enfermería.
- Se realizó la ubicación de pacientes guardando el distanciamiento físico.
- Se orienta la población sobre los cuidados, medidas de bioseguridad, lavado de manos y desinfección con soluciones.
- Se aplicaron medicamentos
- Ordenamiento de recetas y expedientes
- Entrega de equipo al personal que corresponde al siguiente turno.
- Se hicieron observaciones para plan de mejora.

Informe de actividades en el triaje Municipal

Semana 3 del mes de Noviembre 2020

De la fecha 16 de noviembre al 22 de noviembre del 2020

A continuación se describen las actividades

- se recibió turno para darle continuidad a las atenciones.
- Se recibió equipo del triaje
- Se hizo desinfección del mismo, así como a cada espacio del triaje
- Ordenamiento de las unidades.
- Abastecimiento de medicamentos y solicitud de medicamento a quien corresponde.
- Se tomaron signos vitales a pacientes que acuden a recibir atención media y servicios de enfermería.
- Se realizó la ubicación de pacientes guardando el distanciamiento físico.
- Se orienta la población sobre los cuidados, medidas de bioseguridad, lavado de manos y desinfección con soluciones.
- Se aplicaron medicamentos
- Ordenamiento de recetas y expedientes
- Entrega de equipo al personal que corresponde al siguiente turno.
- Se hicieron observaciones para plan de mejora.

Informe de actividades en el triaje Municipal

Semana 4 del mes de Noviembre 2020

De la fecha 23 de noviembre al 30 de noviembre del 2020

A continuación se describen las actividades

- se recibió turno para darle continuidad a las atenciones.
- Se recibió equipo del triaje
- Se hizo desinfección del mismo, así como a cada espacio del triaje
- Ordenamiento de las unidades.
- Abastecimiento de medicamentos y solicitud de medicamento a quien corresponde.
- Se tomaron signos vitales a pacientes que acuden a recibir atención media y servicios de enfermería.
- Se realizó la ubicación de pacientes guardando el distanciamiento físico.
- Se orienta la población sobre los cuidados, medidas de bioseguridad, lavado de manos y desinfección con soluciones.
- Se aplicaron medicamentos
- Ordenamiento de recetas y expedientes
- Entrega de equipo al personal que corresponde al siguiente turno.
- Se hicieron observaciones para plan de mejora.

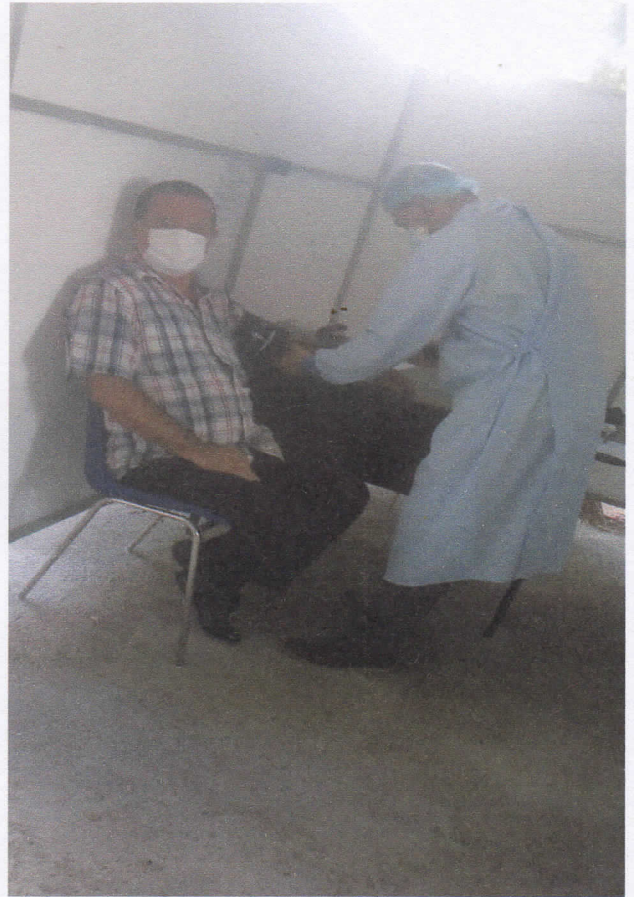


Coordinadora Municipal
Dra. Leila Carolina Pascua

Auxiliar de Enfermería
Dagoberto Vásquez Mancia









República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 18/01/2019

RTN: 16261991000452

DAGOBERTO VASQUEZ MANCIA

Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo

☐

Productores Importadores
de Cigarrillos

☐

Importador

☐

Productor Alcoholes Licores

☐

Exportador

☐

Distribuidor Alcoholes Licores

☐

Imprentas

☐

Importador Alcoholes Licores

☐

Prestamista

☐

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.


Ministra Directora



SAR

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 3102898

Transacción: C6C3B0

023604000020
MUNICIPALIDAD TRINIDAD S.B.
BO. EL CENTRO, TRINIDAD S.B.
TEL: 657-16-89

CHEQUE No. 00013473

TRINIDAD 22 de diciembre de 2020

Lugar y Fecha

JEILY YORLENY PAZ PAZ

L 11,025.00

Páguese a la orden de

ONCE MIL VEINTICINCO CON CERO CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras



BANCO HONDUREÑO DEL CAFÉ, S.A.

Firma(s)

023604000020 00013473

MOTIVO DEL PAGO

PAGO DE Planilla por pago de sueldo a Auxiliar de Enfermera contratado para la Emergencia COVID-19 en el marco de La Op
Fuerza Honduras, correspondiente al periodo del 01 al 30 de noviembre 2020

CUENTA	CONCEPTO	DEBITO	CREDITO
23604000020	PAGO DE Planilla por pago de sueldo a Auxiliar de Enfermera contratado para la Emergencia COVID-19 en el marco de La Operación Fuerza Honduras, correspondiente al periodo del 01 al 30 de noviembre 2020	11,025.00	



CHEQUE No.

00013473

HECHO POR

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME

* JEILY PAZ PAZ



Honduras, C.A.

TRINIDAD, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2020

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 22/12/2020

Hora : 05:21 p.m.

USUARIO:

YESSENIA.CASTELLANOS

Orden de Pago No.: 1812

L.: 12,600.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 1416

Fecha de Emisión: 22/12/2020

No.Cheque/Nota de Debito:

Pague a: JEILY YORLENY PAZ PAZ

Id/RTN: 1626199800341

La Cantidad en Letras: DOCE MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Planilla por pago de sueldo a Auxiliar de Enfermera contratado para la Emergencia COVID-19 en el marco de La Operación Fuerza Honduras, correspondiente al periodo del 01 al 30 de noviembre 2020

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 007 000 55110 11-001-01	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	12,600.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
202	RETENCION DE ISR	1,575.00
Total de retenciones:		1,575.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	12,600.00
Monto Total:		12,600.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	12,600.00
- RETENCIONES	1,575.00
TOTAL	11,025.00



Recibido por:

Jeily Paz Paz

Identidad No.:

1626-1998-00341

0s+js/j9JmckbhbMB+lgWzx5/5YPz+jL+xhjLPtg6vLrEXF8UHPS/bDwfUYzjZiGX9Yqg1y8XhiCGvmUBifatiLu+cr0sVdf8vg7/Yj2IYXXS2h4ZiddR21ZK6BMF6JIZT9IfG
+4B5OHVOW9WCuco0A7sISbB13uEGuJqzqnp3dt5T/e3NK bQ==



MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD
SANTA BÁRBARA, HONDURAS, C. A.
ALCALDÍA MUNICIPAL



**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR
TIEMPO DETERMINADO**

Nosotros, **MANUEL LEOPOLDO REGALADO FERNÁNDEZ** con 41 años de edad, número de identidad **1606-1979-00036**; **Casado**, Con residencia en el Municipio de Trinidad, Departamento de Santa Bárbara, actuando en mi condición de alcalde y Representante Legal de la Municipalidad de Trinidad, Santa Bárbara quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE**, y **JEILY YORLENY PAZ PAZ** de 22 años de edad, con número de identidad **1626-1998-00341**, **Soltera**, de profesión **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, que reside en la ciudad de Trinidad, Departamento de Santa Bárbara; 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 profesionales de **EL CONTRATADO** quien se compromete a laborar como: **AUXILIAR DE ENFERMERIA** quien tendrá su sede en el Municipio de Trinidad, Santa Bárbara, en el **CENTRO DE TRIAJE municipal de Trinidad, Santa Bárbara**.

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

1. Atención directa del paciente.
2. Clasificación en el área de triaje.
3. Cuidados del paciente hospitalizado, cumplimiento de las órdenes médicas y administración de los medicamentos.
4. Mantener ordenada la sala.
5. Asistir a las capacitaciones para fortalecer sus conocimientos.
6. Realizar cualquier otra tarea inherente al cargo.

CLAUSULA SEGUNDA: El presente contrato es por tiempo limitado.

CLÁUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO: Este **CONTRATO** tendrá una duración de un (1) mes contado a partir del (01) de noviembre al 30 de noviembre del 2020 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**.



MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD

SANTA BÁRBARA, HONDURAS, C. A.

ALCALDÍA MUNICIPAL



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 **Lps. 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 por turnos rotativos de lunes a Domingo, establecidos por **EI CONTRATANTE** y quedara sujeto ha llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.

CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCIONES. **EL CONTRATADO** autoriza por este medio a que se le deduzca de sus pagos el Impuesto sobre la Renta (ISR) por un valor de **Mil Quinientos Setenta y Cinco (Lps.1, 575.00)** correspondiente y de conformidad a la Ley del Impuesto sobre la Renta.

CLÁUSULA SÉPTIMA: ESTIPULACIONES ESPECIALES: Queda entendido y aceptado por las partes **CONTRATANTES** que, en caso de incumplimiento de los Términos de Referencia establecidos, sin que exista caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada y calificada, **EL CONTRATADO** se somete a las disposiciones legales para definir cualquier controversia que requiera acción judicial. **EL CONTRATADO** contratará y mantendrá a su propio costo los seguros contra riesgos y por las coberturas que estime pertinentes durante el período de **EL CONTRATO**. **EL CONTRATANTE** no asume ninguna responsabilidad por daños propios o a terceros que **EL CONTRATADO** o sus dependientes sufrieran o infringieran en personas o en sus bienes.

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

CLÁUSULA NOVENA: DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO. Tanto **EL CONTRATANTE** como **EL CONTRATADO** aceptan las condiciones del presente **CONTRATO** y establecen que el mismo podrá rescindirse por las siguientes razones: a) Por mutuo acuerdo entre las partes con el simple cruce de notas; b) Por incumplimiento de las obligaciones por cualquiera de las partes; c) Por caso fortuito o por fuerza mayor previamente comprobada, debiendo hacerse la liquidación de los pagos, anticipos y gastos entregados a la fecha en que se produzca la rescisión de **EL CONTRATO** sin más compromiso por parte de municipalidad de cubrir las cantidades estimadas a la fecha; d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por los derivaciones de este **CONTRATO**.



MUNICIPALIDAD DE TRINIDAD
SANTA BÁRBARA, HONDURAS, C. A.
ALCALDÍA MUNICIPAL



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

ACEPTACIÓN FINAL. Ambas partes, por ser verdaderas las declaraciones y modalidades que se detallan en el presente **CONTRATO**, se obligan a cumplir fielmente con las cláusulas derivadas del presente documento.

En fe de lo cual, firmamos por triplicado el presente **CONTRATO** en la Ciudad de Trinidad Municipio de Trinidad Santa Bárbara al (01) día del mes de noviembre al 30 de noviembre del año 2020.




El Contratante
Alcalde Municipal


El Contratado

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS

PROYECTO FUERZA HONDURAS 2020

EMERGENCIA COVID-19

REGION SANITARIA No .16

DEPARTAMENTO:

SANTA BARBARA

MUNICIPIO:

TRINIDAD

CENTRO ASISTENCIAL CIS:

TRINIDAD –CENTRO DE TRIAJE Y ESTABILIZACION COVID19

DIRECTORA:

Dra: LEYLA PASCUA

PERIODO DEL INFORME:

1 DE NOVIEMBRE AL 30 NOVIEMBRE DEL 2020

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

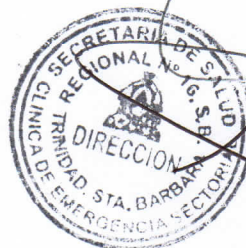
Jeily Yordeney Paz Paz

No DE IDENTIDAD:

1626-1998-00341

CARGO:

AUXILIAR DE ENFERMERIA



PRIMER SEMANA: 1 DE NOVIEMBRE AL 8 DE NOVIEMBRE DEL 2020

ACTIVIDADES REALIZADAS

- EN EL AREA DE TRIAJE SE RECONOCEN LOS SIGNOS Y SINTOMAS EN EL PACIENTE Y SON ESTOS SIGNOS Y SINTOMAS LOS QUE NOS VAN HACER LLEGAR A LA PRIORIDAD ADECUADA.

LA EVALUACION RAPIDA DE LOS PACIENTES Y SU UBICACIÓN PARA LA ATENCION MEDICA CONTRIBUYE A LA MEJOR ATENCION.

NOSOTROS LOS ENFERMEROS (AS) SOMOS EL PRIMER MIEMBRO DEL PERSONAL SANITARIO QUE ESTABLECE CONTACTO CON LOS PACIENTES.

- EN SALA DE TRIAJE SE EVALUA AL PACIENTE, SE LLENA EL ENCABEZADO DE LA HISTORIA CLINICA, SE TOMAN SIGNOS VITALES, GLUCOMETRIA, TOMA DE MUESTRA, PARA SUS RESPECTIVOS EXAMENES SI UN CASO EL MEDICO ORDENA.
- MONITOREO DEL PACIENTE SEGÚN INDIQUE EL MEDICO.
- APLICACIÓN DE OXIGENO SEGÚN INDIQUE EL MEDICO.

SEGUNDA SEMANA 9 DE NOVIEMBRE 15 DE NOVIEMBRE DEL 2020

- EN EL AREA DE TRIAJE SE RECONOCEN LOS SIGNOS Y SINTOMAS EN EL PACIENTE Y SON ESTOS SIGNOS Y SINTOMAS LOS QUE NOS VAN HACER LLEGAR A LA PRIORIDAD ADECUADA.

LA EVALUACION RAPIDA DE LOS PACIENTES Y SU UBICACIÓN PARA LA ATENCION MEDICA CONTRIBUYE A LA MEJOR ATENCION.

NOSOTROS LOS ENFERMEROS (AS) SOMOS EL PRIMER MIEMBRO DEL PERSONAL SANITARIO QUE ESTABLECE CONTACTO CON LOS PACIENTES..

- MONITOREO DEL PACIENTE SEGÚN INDIQUE EL MEDICO.
- APLICACIÓN DE OXIGENO SEGÚN INDIQUE EL MEDICO.
- APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS.
- ENTREGA DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE.
- REALIZAR INVENTARIO DE MEDICAMENTOS.
- CANALIZACIONES.
- HACER PEDIDOS DE MEDICAMENTOS QUE HACEN FALTA
- ORDENAR EXPEDIENTES.LLENADO DE LIBRO SEGÚN APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO ADMINISTRADO AL PACIENTE.

TERCER SEMANA

16 DE NOVIEMBRE AL 22 DE NOVIEMBRE DEL 2020

ACTIVIDADES REALIZADAS

EN EL AREA DE TRIAJE SE RECONOCEN LOS SIGNOS Y SINTOMAS EN EL PACIENTE Y SON ESTOS SIGNOS Y SINTOMAS LOS QUE NOS VAN HACER LLEGAR A LA PRIORIDAD ADECUADA.

LA EVALUACION RAPIDA DE LOS PACIENTES Y SU UBICACIÓN PARA LA ATENCION MEDICA CONTRIBUYE A LA MEJOR ATENCION.

NOSOTROS LOS ENFERMEROS (AS) SOMOS EL PRIMER MIEMBRO DEL PERSONAL SANITARIO QUE ESTABLECE CONTACTO CON LOS PACIENTES.

- EN SALA DE TRIAJE SE EVALUA AL PACIENTE, SE LLENA EL ENCABEZADO DE LA HISTORIA CLINICA, SE TOMAN SIGNOS VITALES, GLUCOMETRIA, TOMA DE MUESTRA, PARA SUS RESPECTIVOS EXAMENES SI UN CASO EL MEDICO ORDENA.
- MONITOREO DEL PACIENTE SEGÚN INDIQUE EL MEDICO.
- APLICACIÓN DE OXIGENO SEGÚN INDIQUE EL MEDICO.
- APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS.
- ENTREGA DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE.
- REALIZAR INVENTARIO DE MEDICAMENTOS.
- CANALIZACIONES.
- HACER PEDIDOS DE MEDICAMENTOS QUE HACEN FALTA.
- ORDENAR EXPEDIENTES.
- LLENADO DE LIBRO SEGÚN APLICACIÓN DEL MEDICAMENTO ADMINISTRADO AL PACIENTE.

CUARTA SEMANA DEL 23 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2020

ACTIVIDADES RELIZADAS

TRIAJE : CONSISTE EN RECIBIR A LOS PACIENTES QUE PRESENTAN SINTOMAS DE COVID 19.

-TOMA DE SIGNOS VITALES

-TOMA DE GLUCOMETRIASI EL PACIENTE ES DIABETICO

-TOMA DE MUESTRA: SI NECESITA REALIZARSE EXAMENES LABORATORIALES.

-LLENADO DEL ENCABEZADO DE LA HISTORIA CLINICA

-PROGRAMAR A LAS PERSONAS PARA REALIZARSE EL HISOPADO EN SU DEBIDO TIEMPO

-LLENADO DEL LIBRO DE REGISTRO DE LAS PERSONAS QUE SE REALIZARON EL HISOPADO.

-PEDIDO DE MEDICAMENTOS.



