



**MUNICIPALIDAD DE MEÁMBAR**  
**DEPARTAMENTO DE COMAYAGUA**  
*"Otro Meámbar es Posible"*



**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO  
DETERMINADO**

**LA CORPORACION MUNICIPAL DE MEÁMBAR, COMAYAGUA.**

Nosotros, **Adán Rivera Padilla** con número de identidad **0310-1974-00239** actuando en mi condición de Alcalde y representante legal de la municipalidad de Meámbar, Comayagua quien en lo sucesivo se denominará **EL CONTRATANTE** y **Darling Mariela Perez Quito** con identidad **0318-1992-00214** RTN **0318199200214-6** quien para los mismos efectos en adelante se denominará **EL CONTRATADO** hemos convenido en celebrar como el afecto 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 clausulas y estipulaciones siguientes:

**CLAUSULA 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 Meámbar, en el **CENTRO DE TRIAJE DEL CIS Y BRIGADAS MEDICAS MUNICIPALES.**

**CLAUSULA 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 interconsultas.

Ordenar exámenes requeridos para el diagnóstico e interpretar sus resultados.

Participar en Brigadas Médicas Municipales.

Realizar cualquier otra tarea atinente al cargo.

**CLAUSULA TERCERA: VALIDEZ Y VIGENCIA DEL CONTRATO:** Este **CONTRATO** tendrá una duración de tres (3) meses 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**.

**CLAUSULA CUARTA: MONTO Y FORMA DE PAGO:** **EL CONTRATANTE** Se compromete a pagar a **EL CONTRATADO** por los servicios prestados la cantidad de veinte y cinco mil lempiras (Lps. 25,000.00) 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.

**CLAUSULA QUINTA: LA JORNADA DE TRABAJO:** La Jornada de trabajo será por turnos de seis horas de lunes a viernes, turnos que serán rotativos, establecidos por **EL CONTRATANTE** y quedará sujeto a lo llamado para realizar otro turno si es necesario en días de trabajo o días de descanso, el cual será compensado con un día hábil de descanso por turno extra realizado.

**CLAUSULA SEXTA: DEDUCCIONES:** **EL CONTRATADO** 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.

**CLAUSULA SÉPTIMA: ETIPULACIONES EPECIALES:** 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.

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

**CLAUSULA 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;

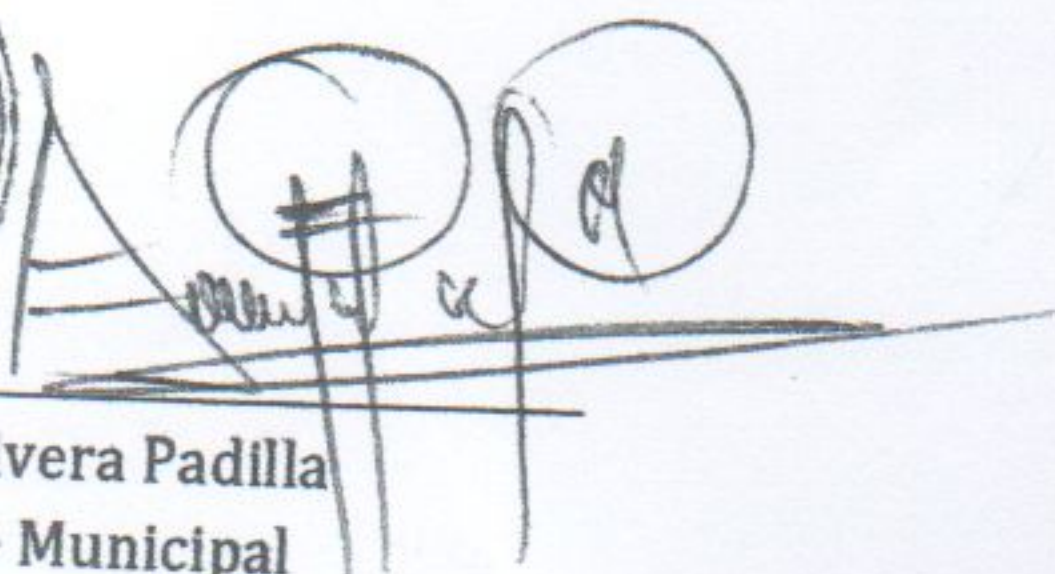
d) Por falta de desembolso del Gobierno Central a la municipalidad dejando sin ninguna responsabilidad a la municipalidad por las derivaciones de este **CONTRATO**.

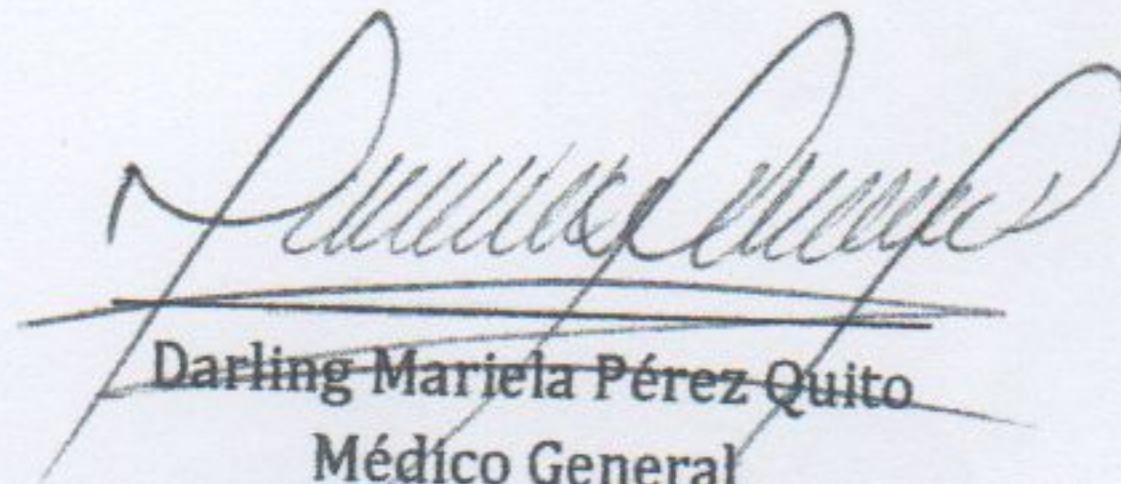
**CLAUSULA DECIMA:** Todo lo previsto en el presente **CONTRATO** y la falta de cumplimiento de una de las partes contratantes darán derecho a ejercitar las acciones correspondientes de conformidad a las leyes de nuestro país.

**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 Meámbar, Comayagua a los 01 días del mes de septiembre del año 2020.



  
Adán Rivera Padilla  
Alcalde Municipal  
Meámbar, Comayagua  
**CONTRATANTE**

  
Darling Mariela Pérez Quito  
Médico General  
Meámbar, Comayagua  
**CONTRATADO**



**DICTAMEN DE INCORPORACION DE TITULO**

LA SECRETARÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS. Recibida la documentación de la Dirección de Educación Superior, el expediente de Incorporación de Título, correspondiente **DARLING MARIELA PÉREZ QUITO** remite a la Coordinación de Carrera de Medicina solicitando dictamen del Plan de la Escuela Latinoamericana de Medicina, de la República Cuba.

LA COORDINACIÓN DE CARRERA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS. Envía dictamen a los veintinueve días del mes de Septiembre del año dos mil diecisiete, revisó el expediente de **DARLING MARIELA PÉREZ QUITO** hondureño(a) acompañado del dictamen que ésta Coordinación de Carrera ha realizado sobre el Plan de Estudios de Medicina por él/ella cursado: "Hemos revisado detenidamente los documentos llegando a las siguientes conclusiones:


1. El/la Docto/a **DARLING MARIELA PÉREZ QUITO**, cursó la carrera de Medicina en la Escuela Latinoamericana de Medicina en la República de Cuba, graduándose como "Doctora en Medicina el día 11 de julio del año 2017.

2. De acuerdo al fallo otorgado por la Corte Suprema de Justicia, Sala de lo Constitucional, amparo administrativo No. 322-07, el cual textualmente dice. "FALLA: OTORGAR la garantía de amparo en el sentido de que los médicos graduados en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) de Cuba, presten su Servicio Médico Social Obligatorio durante dos años, uno de los cuales deberá prestarse en los mismos lugares donde realizan el Internado Rotatorio los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, los efectos de este fallo son ex nunc por lo que es aplicable única y exclusivamente para los médicos graduados que no han realizado todavía el Servicio Médico Social obligatorio, en virtud de lo cual los médicos que lo han concluido o están por concluirlo deberán continuar con los trámites que correspondan para obtener el reconocimiento e incorporación de sus títulos, de conformidad con lo establecido por el Consejo de Educación Superior de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras".

CONCLUSIÓN: El/la Doctor/a **DARLING MARIELA PÉREZ QUITO** deberá proceder a realizar dos (02) años de Servicio Médico Social para obtener la incorporación del título de Doctor/a en Medicina y Cirugía, ante la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Dado en la Ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, a los nueve días del mes de Octubre del año dos mil diecisiete. NOTIFÍQUESE.

  
TULIO MEDINA  
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
DECANATO

El Suscrito, Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, CERTIFICA que la firma que antecede en la certificación es AUTÉNTICA y corresponde a MARCO TULIO MEDINA por haber sido puesta en carácter de Decano de ésta Facultad. DOY FE.

  
DR. JORGE ALBERTO VALLE RECON  
SECRETARIO FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

SECRETARIA DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE SALUD  
REGION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE INTIBUCÁ N.-10  
JEFATURA REGIONAL




CONSTANCIA


El Suscrito Jefe de la Región Departamental de Salud N.- 10 Hace Constar: Que la M.S.S. Darling Mariela Pérez Quito realizó su Servicio Social de Medicina en el C.I.S "Dr. Vicente Mejía Colindres" de La Esperanza Intibucá; A partir del 15 de marzo del 2019 al 14 de marzo del 2020.

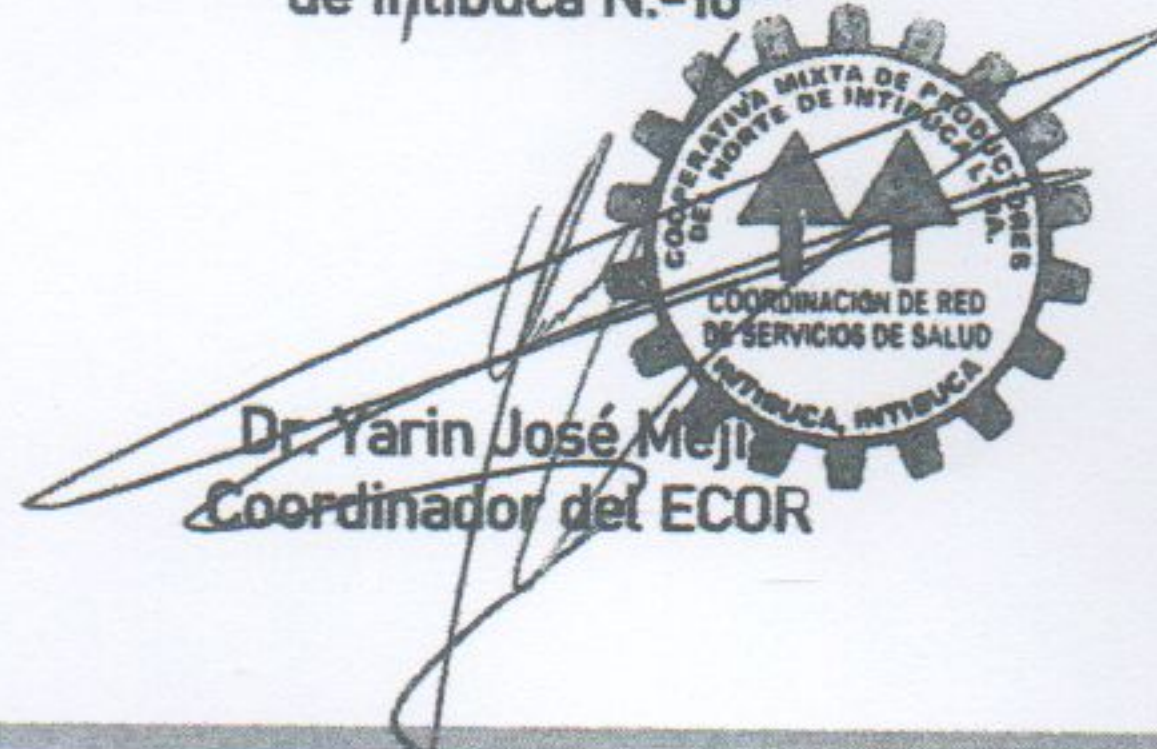
Realizando las siguientes actividades con Ética y Responsabilidad:


- Consulta Externa General
- Atención a Grupos Priorizados
- Actividades Extramuros
- Ferias de Salud
- Visitas Domiciliarias a Enfermos Crónicos o en Situaciones de Discapacidad.

Y para los fines que estime conveniente se extiende la presente en la ciudad de La Esperanza, Intibucá a los 16 días del mes de Marzo del 2020.

  
Dr. Juan Alexander Flores Del Cid  
Jefe Región Departamental de Salud  
de Intibucá N.-10

  
Licda. Ada Alicia Juárez  
Jefa Depto. de Redes Integradas de  
Servicios de Salud R.S.D.I.N.-10

  
Dr. Yarin José Mejía  
Coordinador del ECOR

  
Dra. Gaby Paola Carbajal  
Delegada del Colegio Médico de  
Honduras -Intibucá

Correo: [sdintibuca@gmail.com](mailto:sdintibuca@gmail.com) / Tele-Fax: 2783-0046

SECRETARIA DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE SALUD  
REGION DEPARTAMENTAL DE SALUD DE INTIBUCÁ N.-10  
JEFATURA REGIONAL



CONSTANCIA

El Suscrito Jefe de la Región Departamental de Salud N.- 10 Hace Constar: Que la M.S.S. Darling Mariela Pérez Quito realizó su Servicio Social de Medicina en el C.I.S de la comunidad de Rio Grande del municipio de Intibucá, Intibucá; A partir del 13 de Noviembre del 2017 al 12 de Noviembre del 2018.

Realizando las siguientes actividades con Ética y Responsabilidad:

- Consulta Externa General
- Atención a Grupos Priorizados
- Actividades Extramuros
- Ferias de Salud
- Visitas Domiciliarias a Enfermos Crónicos o en Situaciones de Discapacidad.

Y para los fines que estime conveniente se extiende la presente en la ciudad de La Esperanza, Intibucá a los 16 días del mes de Marzo del 2020.

Dr. Juan Alexander Flores Del Cid  
Jefe Región Departamental de Salud  
de Intibucá N.-10



Licda. Ada Alicia Juárez  
Jefa Depto. de Redes Integradas de  
Servicios de Salud R.S.D.I.N.-10



Dr. Yarin José Mejía  
Coordinador del ECUH  
Gestor Descentralizado de Salud  
COMIPRONIL



Dra. Gaby Paola Carbalanca  
Delegada del Colegio Médico de  
Honduras -Intibucá



Correo: [rsdintibuca@gmail.com](mailto:rsdintibuca@gmail.com) / Tele-Fax: 2783-0046



# Darling Mariela Pérez Quito

## Experiencia

**1/04/2019-13/03/2020**

Medico en Servicio social • CIS Vicente Mejía Colindres y CIS Rio grande.

**13/11/17- 30/03/ 2018**

Medico en Servicio Social • Clínica Materno Infantil de Azacualpa.

\*Manejo completo en sistema de Salud Descentralizado.

## Formación

### **EDUCACIÓN UNIVERSITARIA:**

Doctora en Medicina.  
Escuela latinoamericana de Medicina.  
La Habana, Cuba 2010-2017.

### **EDUCACION TECNICA:**

Bach. Técnico en Computación y  
Ciencias y Letras.  
Instituto Privado "EL CARMEN"  
Siguatepeque 2007-2009.

### **EDUCACION SECUNDARIA:**

Ciclo Común  
Instituto Genaro Muños Hernández.  
Siguatepeque 2004-2006.

### **EDUCACION PRIMARIA:**

Escuela "ERNESTINA FLORES"  
Siguatepeque 1998-2003

## Liderazgo

Mi mayor objetivo es poder desarrollarme como toda una profesional de la salud, practicado mis conocimientos científicos, cristianos, éticos, y morales. En el noble servicio de mi profesión.

## Referencias

**Lic. Erick Euceda**

CEL. 96021696.

**Lic. Paula Ferrero**

CEL. 89875864.

**Lic. Marla Barrios**

CEL. 96776422.

Barrio Suyapita, media  
cuadra al noreste de la  
Escuela Ernestina Flores.  
Siguatepeque,  
Comayagua.

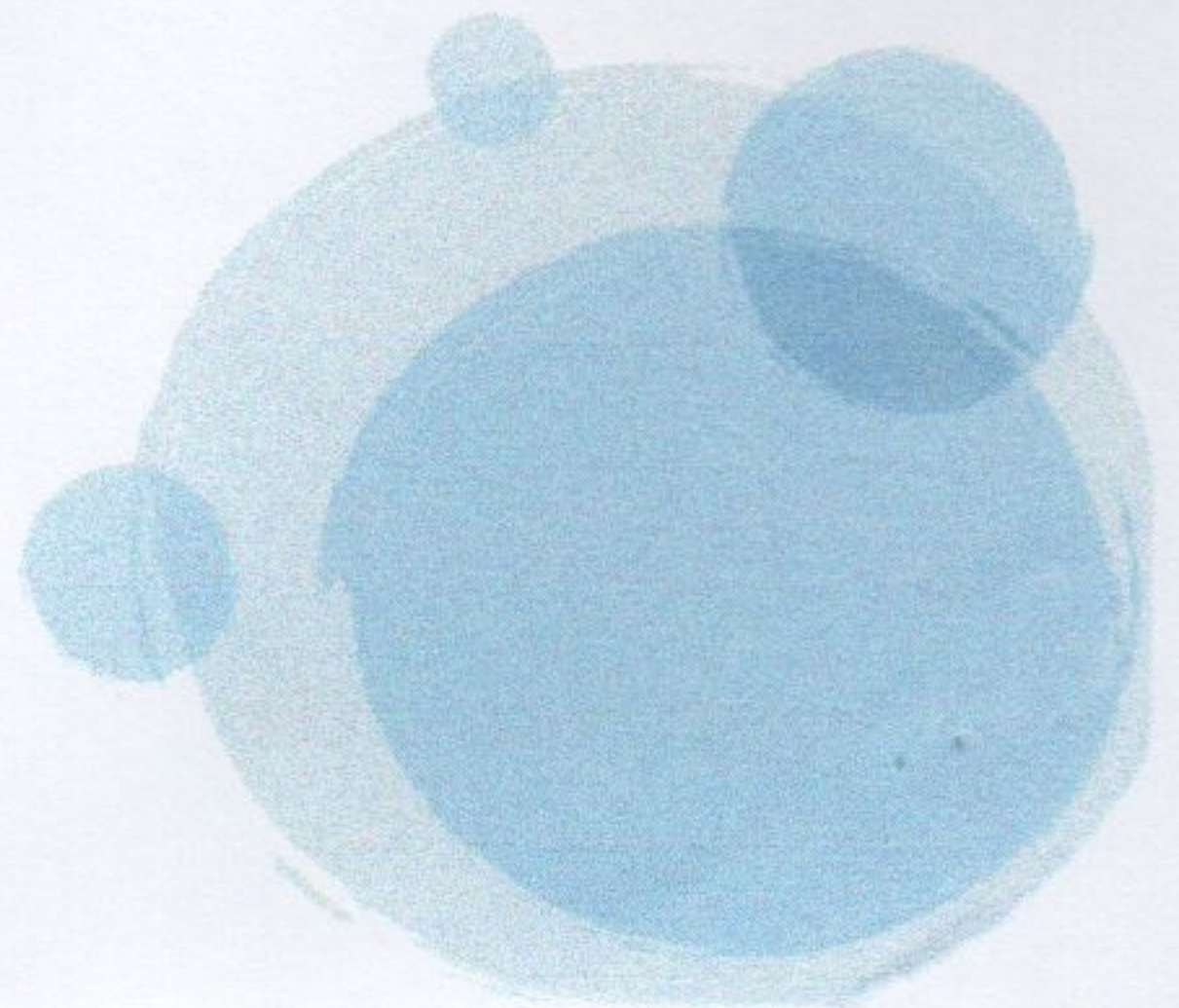
+50496568337

[Darling.quito@gmail.com](mailto:Darling.quito@gmail.com)

Médico General.

0318-1992-00214

28 años.





REPUBLICA DE CUBA

# El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina

*en uso de las facultades que le están conferidas y a propuesta  
del Decano de la Facultad, expide el presente Título de:*

## Doctora en Medicina

*a favor de:*

### DARLING MARIELA PEREZ QUITO

*por haber cumplido los requisitos establecidos en el plan de estudios  
y realizado los ejercicios correspondientes para la conclusión de la  
carrera, el día 11, del mes de julio, del año 2017.*

*En testimonio de lo cual, se suscribe en la ciudad de La Habana  
a los 12 días, del mes de julio, del año 2017.*

Decano

Rector

Secretaría

Secretaría General

Registrado en tomo 13 tolo 006 número 149 del Registro de Títulos de la Secretaría General del CES

Registrado en tomo 1 tolo 27 número 796 de la Secretaría de la Facultad de *Prevent Medical Social Spiritua*





478 26/09/2017  
2017

# El Rector de la Facultad Latinoamericana de Medicina

*[Firma]*

en uso de las facultades que le están conferidas y a propuesta  
del Director de la Facultad, capta el presente. Vale de

## Doctora en Medicina

a favor de:

**DARLING MARIELA PEREZ QUITO**

por haber cumplido los requisitos establecidos en el plan de estudios  
y haber sido los docentes correspondientes para la obtención de la  
cartera el día 11 del mes de julio del año 2017.

celebrada en la ciudad de La Habana  
el día 11 del mes de julio del año 2017.

*[Firma]*

**MINISTERIO**

República de Cuba  
Ministerio de Educación Superior  
DIOCRE

H132436

16 JUL 2017

*[Firma]*

*[Firma]*

Registrado en tomo 1 folio 27 número 792 de la Secretaría de la Facultad de Ciencias Médicas Quito  
Registrado en tomo 13 folio 226 número 147 de Registro de Títulos de la Secretaría General del CES



República de Honduras  
Secretaría de Educación



Promoción

"José Trinidad Cabañas"

La Director (a) de Instituto Privado "El Carmen" de Signatepeque Departamento Comayagua

Por Cuanto: *Le confiere a*

**Darling Mariela Pérez Quito**

El Grado de Bachiller en Ciencias y Letras  
El día 24 del mes de noviembre del dos mil nueve

En virtud de haber realizado los estudios que establece la Ley y obtenido la aprobación en el Examen General.



*[Signature]*

El (la) Secretario (a) de Instituto Privado "El Carmen" deja constancia de haber registrado este Título bajo el N° 413 Folio 054 del libro N° 01 el día 24 de Noviembre de 2009



*[Signature]*  
Secretario(a) del Establecimiento

El (la) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de Comayagua deja constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N° 19155 Año 2009 Fecha de aprobación 16 de Noviembre de 2009 y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N° 1.3 Reg. 19155 593

Lugar y Fecha Comayagua 10 de Noviembre del 2009



*[Signature]*  
Secretario(a) Dirección Deptal. de Educación

Por Tanto:

El Secretario de Estado en el Despacho de Educación, a través de la Dirección Departamental de Educación de Comayagua y en uso de la facultad que le confieren los Artículos 189 de la Ley Orgánica de Educación y el 1 del Decreto Legislativo N° 163-96 extiende el presente Título de:

**Bachiller en Ciencias y Letras**

Para que sea habido y tenido por tal y goce de los derechos que le corresponden  
Dado en Comayagua el día 30 del mes de noviembre del dos mil nueve



*[Signature]*  
Director(a) Departamental de Educación



República de Honduras  
Secretaría de Educación



Promoción

"José Trinidad Cabañas"

La Director (a) de Instituto Privado "El Carmen" de  
Siguatepeque Departamento Comayagua

Por Cuanto: Le confiere a  
**Darling Mariela Pérez Quito**

El Grado de **Técnico en Computación**  
El día **24** del mes de **noviembre** del dos mil **nueve**  
En virtud de haber realizado los estudios que establece la Ley y obtenido la aprobación en el Examen General.



*[Signature]*  
Director (a) del Establecimiento

El (la) Secretario (a) de Instituto Privado "El Carmen" deja constancia de haber  
registrado este Título bajo el N° **333** Folio **108** del libro N° **01** el día **24** de  
**Noviembre** de **2009**



*[Signature]*  
Secretario(a) del Establecimiento

El (la) Secretario (a) de la Dirección Departamental de Educación de **Comayagua** deja  
constancia que el expediente de Examen General está inscrito bajo el N° **19219** Año **2009** Fecha de  
aprobación **16** de **Noviembre** de **2009** y de haber registrado el Título el día de hoy en el libro N°

**1.3** Reg. **19219** **595**  
Lugar y Fecha **Comayagua** de **Noviembre** del **2009**



*[Signature]*  
Dirección Deptal. de Educación

Por Tanto:

El Secretario de Estado en el Despacho de Educación, a través de la Dirección Departamental de Educación de  
**Comayagua** y en uso de la facultad que le confieren los Artículos 189 de la Ley Orgánica de  
Educación y el 1 del Decreto Legislativo N° 162-96 extiende el presente Título de:  
**Técnico en Computación**

Para que sea habido y tenido por tal y goce de los derechos que le corresponden  
Dado en **Comayagua** el día **30** del mes de **noviembre** del dos mil **nueve**



*[Signature]*  
Director (a) Departamental de Educación