

## COMUNICADO

La Secretaría de Estado en los Despachos de Trabajo y Seguridad Social, en el marco de la Emergencia Nacional y en lo relacionado al aporte solidario temporal que se deriva del Decreto Legislativo N° 33-2020 contentivo de la Ley de Auxilio al Sector Productivo y a los Trabajadores ante los efectos de la Pandemia provocada por el COVID-19; a las empresas del Sector Privado cuyos trabajadores se encuentran afiliados al Régimen de Aportaciones Privadas (RAP) y las empresas de la Industria de la Maquila que se encuentre afiliadas a la Asociación Hondureña de Maquiladores (AHM), informa lo siguiente:

**PRIMERO:** Las empresas que decidan acogerse a las disposiciones de la Sección Séptima del Decreto Legislativo No. 33-2020, deberán enviar una nota al correo electrónico [secretariageneralstss@gmail.com](mailto:secretariageneralstss@gmail.com) la cual debe contener los requisitos siguientes:

1. Solicitud de los patronos para acogerse a la Ley, acreditando la afectación que impide el no pago de salario a sus trabajadores; acompañada de una **Declaración Jurada** contentiva del compromiso de realizar el aporte correspondiente a efecto de financiar la aportación solidaria temporal que se otorgue a los trabajadores, la cual será financiada de la siguiente manera:
  - a) Para los trabajadores que se encuentren afiliados al Régimen de Aportaciones Privadas (RAP), la empresa hará una aportación por el monto de Dos Mil Lempiras Exactos (L.2,000.00) y el resto hasta alcanzar un total de Seis Mil Lempiras Exactos (L.6,000.00) será cubierto con los aportes del RAP y el Estado.
  - b) Para los trabajadores que laboren en las empresas afiliadas a la Asociación Hondureña de Maquiladores (AHM), la empresa hará una aportación por el monto de Dos Mil Quinientos Lempiras Exactos (L.2,500.00) y el resto será cubierto por el Estado hasta alcanzar un total de Seis Mil Lempiras Exactos (L.6,000.00).
2. Período probable de suspensión de los contratos de trabajo.

3. Listado de los trabajadores objeto de la suspensión consignando:
  - a) Nombre completo del trabajador.
  - b) Número de tarjeta de identidad del trabajador.

**En el caso de las empresas afiliadas al RAP deberán consignar, además:**

- c) Número de la cuenta bancaria del trabajador, indicando si es ahorro o cheque y nombre del banco receptor del valor correspondiente al aporte solidario.
- d) Número telefónico celular actualizado del trabajador.
- e) Dirección de correo electrónico actualizada del trabajador, cuando éste disponga del mismo.

La información antes descrita deberá ser remitida en un cuadro Excel de acuerdo a los formatos que se adjuntan al presente Comunicado.

Una vez cumplidos los requisitos anteriores, la Secretaría General de ésta Secretaría de Estado emitirá una constancia, misma que será remitida de forma electrónica al solicitante, habilitando a las empresas a acceder a los beneficios. Dicha Constancia **no constituye en ningún caso la autorización para suspender los contratos de trabajo.**

**SEGUNDO:** Todas las solicitudes de autorización de suspensión de contratos de trabajo en el marco de lo establecido en el Código de Trabajo, deberán presentarse en tiempo y forma ante la Secretaría General dentro de los tres (03) días posteriores a la terminación del Toque de Queda derivado de la Emergencia Nacional decretada; cumpliendo con los requisitos establecidos en los artículos 61 de la Ley de Procedimiento Administrativo junto con los requisitos ya establecidos por ésta Secretaría de Estado, debiendo acreditar además, el pago de la aportación solidaria temporal otorgada a los trabajadores durante el periodo de emergencia decretada por el Poder Ejecutivo.

La Secretaría de Estado en los Despachos de Trabajo y Seguridad Social insta a los empleadores y trabajadores del país a cumplir las medidas dictadas por el Gobierno de la República en el marco de la Emergencia Sanitaria Nacional para prevenir y controlar la propagación del Covid-19 (Coronavirus).

Tegucigalpa M.D.C. 17 de abril, 2020

**Anexos: Formatos de cuadro en Excel**

Nombre Empresa:		Empresa afiliada a AHM	
No.	Nombre Trabajador	No. Identidad	Monto aportación
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Nombre Empresa:		Empresa afiliada al RAP							
No.	Nombre Trabajador	Afiliado al RAP (SI o No)	No. Identidad	No. de Celular	Dirección Correo Electrónico	Banco	No. De Cuenta Bancaria	Cuenta de Ahorro o Cheque	Monto aportacion:
1									
2									
3									
4									
5									
6									