

# Alcaldía Municipal de Orocuina

## ORDEN DE PAGO

Nº 0026924

706

MUNICIPALIDAD: OROCUINA

DEPARTAMENTO:

CHOLUTECA

### ORDEN DE PAGO

CHEQUE No.

VALOR EN EFECTIVO

PAGUESE A:

Denia Nacely Flores Aplicano

La Cantidad en Letras:

Quinientos lempiras e/7.

Lps. 500.00

Fondo	Programa	Actividad	Proyecto	Gasto Corriente
Código	Código	Código	Código	Gasto de Inv. Social
				Gasto por deuda Publica

Valor que se adeuda por las siguientes mercaderías o servicios prestados

Objeto de gast.	DESCRIPCIÓN	TOTAL
	Apoyo económico a persona de escasos recursos para el transporte para Choluteca al Hospital del Sur	500.00

Fecha: 23 / Octubre / 2018

Firma y Sello del Alcalde (sa)

Firma y Sello del Tesorero Municipal

Recibido Por: \_\_\_\_\_

Identidad No. \_\_\_\_\_

Impuesto Personal: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

Original: Tesorería  
Copia: Presupuesto

# ALCALDÍA MUNICIPAL DE OROCUINA

DEPARTAMENTO DE CHOLUTECA.

## COMPROBANTE DE CAJA



Orocuina 23 de Octubre del 20 18

Lps. 500.00

Nombre Dña Nocely Flores Aplicano

Recibi del Señor Tesorero la Cantidad de: Quinientos Lempiras exactos

Por concepto de: Apoyo economico a persona de escasos recursos para el transporte para trasladarse a Conseria al hospital del sur.

Solvencia Municipal \_\_\_\_\_ Identidad No: 0610 1988 00653



FIRMA

ALCALDE MUNICIPAL

**SOLICITUD**

Lugar y Fecha: Los Encuentros 22 de octubre del 2018

**SR. ALCALDE MUNICIPAL  
P.M GUILLERMO RENE OSORTO**

Reciba un cordial y afectuoso saludo, deseándole al mismo tiempo que goce de buena salud y éxitos en sus labores diarias.

A la vez solicitarle su apoyo económico con Q.500,00 los cuales necesito para gastos de transporte para ir a consulta al hospital del Sur.

y no cuento con suficientes recursos económicos para hacerlo por mí mismo medio; razón por la cual acudo a su generosidad, confiando en una respuesta favorable.

**Atentamente**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Denia Nancy Flores Aplicano

N° Identidad 0610-1988-00653





SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD  
Región Departamental de Salud N° 6

Centro de Salud Medico Odontológico "Lic. MANUEL SABINO LOPEZ".  
Clínica Materno Infantil "CARLOTA NUÑEZ DE PORTILLO".  
Orocuina, Choluteca.



## Constancia medica



El suscrito, Medico Municipal de Orocuina, departamento de Choluteca, por la presente HACE CONSTAR que: Denia Nady Flaw Cpliano, de sexo femenino, de veintidos años de edad, de ocupación Copista de actas, vecino de la comunidad de Los Encuentros, del municipio de Ucua, departamento de Choluteca, identidad 0610-1988-00653, ha recibido atención médica en esta Unidad de Salud Pública, por adolecer de Mal de Chagas, mediante detección serológica y se remiten a ese Servicio para la evaluación especializada.

Y para los fines legales que el (la) interesado estime conveniente, le extendo la presente en Orocuina, Choluteca, a los veintidos días del mes de Octubre del año dos mil diez y veinte.



Santos Ramón Cárdenas  
Dr. S.R. Cáceres Cárdenas.  
Médico Municipal.

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

DENIA NACELY / FLORES APLICANO



HONDUREÑA POR : NACIMIENTO  
NACIO EL : 18 NOVIEMBRE 1988  
SEXO : FEMENINO  
EMITIDA EL : 09 SEPTIEMBRE 2017

0610-1988-00653



11755610-02

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 0610

DENIA NACELY / FLORES APLICANO

0610-1988-00653