

# Alcaldía Municipal de Orocuina

1-6

## ORDEN DE PAGO

Nº 0026904

MUNICIPALIDAD: OROCUINA

DEPARTAMENTO:

CHOLUTECA

### ORDEN DE PAGO

CHEQUE No.  VALOR EN EFECTIVO

PAGUESE A: Hermicenda Espinal Salinas

La Cantidad en Letras: Setecientos lempiras ex. Lps. 700.00

Fondo	Programa	Actividad	Proyecto	Gasto Corriente Gasto de Inv. Social
Código	Código	Código	Código	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 poder llevar a su hijo Manuel Armando Espinal al Hospital Santa Rosita ~ ~ ~ ~ ~	700.00

Fecha: 19 octubre / 2018

[Firma]  
Firma y Sello del Tesorero Municipal



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

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

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

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

[Firma]  
Firma y Sello del Alcalde (sa)



Original: Tesorería  
Copia: Presupuesto



# ALCALDÍA MUNICIPAL DE OROCUINA

DEPARTAMENTO DE CHOLUTECA.

## COMPROBANTE DE CAJA

Orocuina 19 de Octubre del 20 18

**Lps.** 700.00

Nombre Hermicenda Espinal Salinas

Recibi del Señor Tesorero la Cantidad de: Setecientos Empiras Exactos

Por concepto de: Apoyo economico a madre de escasos recursos para poder llevar a su hijo Manuel Armando Espinal al Hospital Santa Rosita.

Solvencia Municipal \_\_\_\_\_

Identidad No: 0610195200142

Hermicenda Espinal Salinas

FIRMA



[Firma] 10 (5)

ALCALDE MUNICIPAL

## SOLICITUD

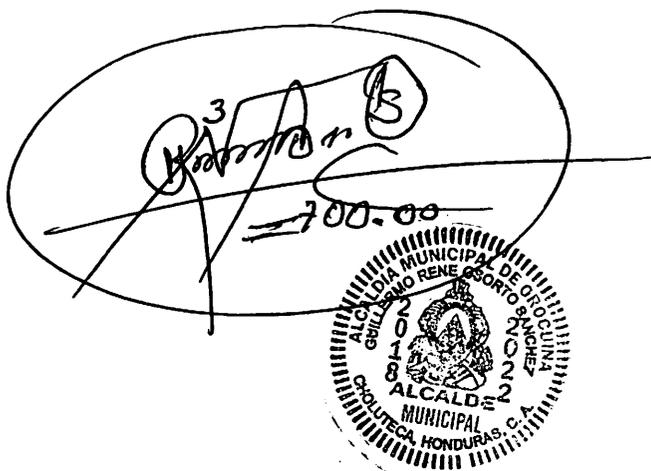
Orocuina 04 de septiembre del 2018

P.M. Guillermo Rene Osorto  
Alcalde Municipal  
Presente

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

A la vez le estoy solicitando para llevar a mi hijo **MANUEL ARMANDO ESPINAL ESPINAL** para internarlo en el Hospital Santa Rosita, ya que se encuentra mal de salud, Y no contamos con los recursos económicos para poder llevarlo por eso acudimos a usted esperando una respuesta positiva.

*Hermicenda Espinal Salinas*  
Hermicenda Espinal Salinas  
0610-1952-00142







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

**RNP**  
HERMICENDA / ESPINAL SALINAS



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL :13 NOVIEMBRE 1952  
SEXO :FEMENINO  
EMITIDA EL :13 SEPTIEMBRE 2001

0610-1952-00142



00164317-02

ARTICULO 104 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna autoridad o persona particular podrá privar de la tenencia de la Tarjeta de Identidad a otra persona, sino en virtud de Ley o sentencia fundada en Ley. La infracción de este artículo dará lugar a la sanción correspondiente.



FOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0610

HERMICENDA / ESPINAL SALINAS  
0610-1952-00142