Alcaldía Municipal de Orocuina

ORDEN DE PAGO Nº 0027152

MUNICIPALIDAD: OROCUINA DEPARTAMENTO: CHOLUTECA

ORDEN DE PAGO CHEQUE No. _____ VALOR EN EFECTIVO 500.00

PAGUESE A: Santos Estanislado Alvarez

La Cantidad en Letras: Quinientos lempiras ex. Lps. 500.00

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 economico a persona de escasos		
	recursos para realizarse examenes medicos		
	ya que padece insuficiencia renal - - - - - -	500.00	

Fecha: 27/ diciembre/ 2018

Firma y Sello del Tesorero Municipal

ALCALDIA MUNICIPAL DE OROCUINA TESORERIA CHOLUTECA, HONDURAS, C.A.

Recibido Por: _____

Identidad No. _____

Impuesto Personal: _____

No: _____

Firma y Sello del Alcalde (sa)

ALCALDIA MUNICIPAL DE OROCUINA CHOLUTECA HONDURAS C.A.

Original: Tesorería
Copia: Presupuesto

Imprenta San Jose Obrero RTN. 06019003192314 Tel: 2782-5465

ALCALDÍA MUNICIPAL DE OROCUINA

DEPARTAMENTO DE CHOLUTECA.

COMPROBANTE DE CAJA

Lps. 500.00

Orocuina 27 **de** diciembre **del 20** 18

Nombre Santos Estanislado Alvarez

Recibi del Señor Tesorero la Cantidad de: Quinientos Lempiras Exactos

Por concepto de: Apoyo economico a persona de escasos recursos para realizarse examenes medicos ya que padece de insuficiencia renal

Solvencia Municipal _____ **Identidad No:** 0610 1965 00123

Santos E. Alvarez
FIRMA

ALCALDE MUNICIPAL

IMPRENTA NUEVA CHOLUTECA, TEL. 9914-2546, 3151-6059 R.T.N. 03189009232020. CERT. NO.131-14-10901-1866

SOLICITUD

Lugar y Fecha: Los Tranco 27 diciembre 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 L. 500.00 los cuales necesito para realizarme dialisis 3 veces por Semana ya que mi enfermedad de Salud (insuficiencia Renal).
y no cuento con suficientes recursos económicos para hacerlo por mí mismo medio; razón por la cual acudo a su generosidad, confiando en una repuesta favorable.

Atentamente

Firma: Santos E. Alvarez
Nombre: Santos Estanislado Alvarez
N° Identidad 0610-1965-00123

LABORATORIO CENTRAL ZELAVA-OSORTO
Dra. Astrid Osorto M.Q.C.
Dr. Bayron Zelaya M.Q.C.
Cel.: 87676477/ 95811178/ 87932038

REPORTE DE LABORATORIO

Fecha: 22/12/18 | Nombre: Santos Álvarez | Sexo: Masculino

Medico: | Edad: 53 años | Procedencia: Sta. Cruz, Orocuina.

HEMATOLOGÍA

Prueba	Resultado	Valor de Referencia
Serie Blanca	6,400	5,000-9,000 X 10/L
Granulocitos	47%	40-70%
Neutrófilos en banda	0%	0-5%
Linfocitos	**46.4%**	20-40%
MID	5.8%	0-10%
Eosinófilos	0%	0-6%
Monocitos	0%	3-11%
Basófilos	0%	0-1%
Eritrocitos	**4,070,000**	H:4.6 - 6.0 X10^9/L M: 4.0 – 5.4 X10^9/L
Hemoglobina	**11.2 g/dl**	H:14-16 g/dl M: 12-14 g/dl
Hematocrito	**34%**	H: 40-54% M: 35-49%
VCM	85	80-98 fl
HCM	28	27-34 pg
CHCM	32.9	30-34 %
RDW	12.9	12-17%
Plaquetas	368,000 /ul	150,000-450,000/ul

Observaciones:

Firma

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

SANTOS ESTANISLADO / ALVAREZ

HONDUREÑO POR :NACIMIENTO
NACIO EL :07 MAYO 1965
SEXO :MASCULINO
EMITIDA EL :25 NOVIEMBRE 2016

0610-1965-00123

02536609-03

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

SANTOS ESTANISLADO / ALVAREZ

0610-1965-00123