

Alcaldía Municipal de Orocuina

ORDEN DE PAGO

Nº 0027097

MUNICIPALIDAD: OROCUINA

DEPARTAMENTO:

CHOLUTeca

ORDEN DE PAGO

CHEQUE No.

VALOR EN EFECTIVO

PAGUESE A: Lilian Vanesa Gonzalez Gonzalez

La Cantidad en Letras: Ochocientos lempiras e/. Lps. 800.00

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 economico a persona de escasos recursos para realizarse examen de Helicobacter Piloni a su esposo Hector Alexis Sanchez	800.00

Fecha: 03 / Diciembre / 2018

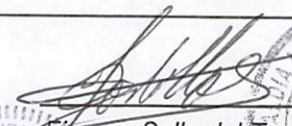
Recibido Por: _____

Identidad No. _____

Impuesto Personal: _____

No: _____


Firma y Sello del Alcalde (sa)


Firma y Sello del Tesorero Municipal

Original: Tesorería
Copia: Presupuesto



ALCALDÍA MUNICIPAL DE OROCUINA

DEPARTAMENTO DE CHOLUTÉCA.

COMPROBANTE DE CAJA

Lps. 800.00

Orocuina 03 de Diciembre del 20 18

Nombre Lilian Vanesa Gonzalez Gonzalez

Recibi del Señor Tesorero la Cantidad de: Ochocientos sesenta y cinco pesos exactos

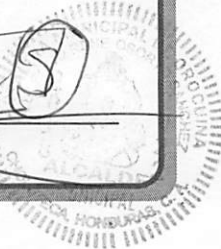
Por concepto de: Apoyo economico a persona de escasos recursos para regular examen de Hepatitis a su esposo Hector Alexis Sanchez quien se encuentra mal de salud

Solvencia Municipal _____ Identidad No: 0610199700258

Lilian Vanessa Gonzalez.

FIRMA

[Firma]
ALCALDE MUNICIPAL



SOLICITUD

Lugar y Fecha: Barrío Las Delicias Ororuna 29 Noviembre 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 ^{\$ 800.00} ochocientos los cuales necesito para realizarme un examen de Hepatitis a
mi esposo Hector Alexis Sanchez Rerrato
ya que se encuentra mal de salud.

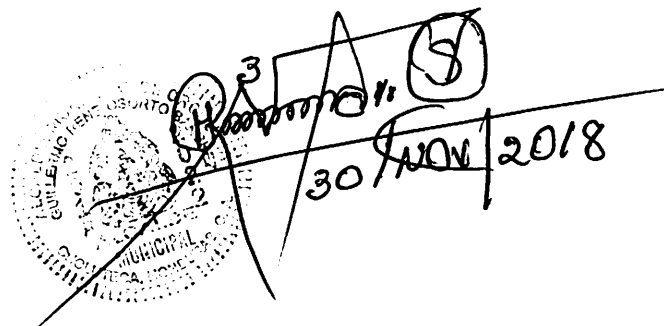
y no cuento con suficientes recursos económicos para hacerlo por mí mismo medio; razón por la cual acudo a su generosidad, confiando en una respuesta favorable.

Atentamente

Firma: Liliana Vanesa Gonzalez G.

Nombre: Liliana Vanesa Gonzalez Gonzalez

N° Identidad 0610-1997-00258


30/NOV/2018

Hecta e silz cento.
em 28/11/12

Serologic
Para hepatitis.



(M. Poniul)

Med^{pharma}



SECRETARÍA DE SALUD
ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
Región Departamental de Salud N° 5

Centro de Salud Médico Odontológico "Lic. MANUEL SABINO LOPEZ".
Clínica Materno Infantil "CARLOTTA MUÑOZ DE PORTILLO".
Orocuina, Choluteca.



CONSTANCIA MEDICA POR ENFERMEDAD.

El suscrito, Medico de C.M.I. Orocuina, departamento de Choluteca, por la presente HACE
CONSTAR que: Hector Alexis Sanchez de sexo masculino
de Treinta y ocho años de edad, de ocupación Agricultor
Vecino de la comunidad de Las Delicias del municipio de
Orocuina
Departamento de Choluteca identidad 0610-1980-01454, ha recibido
atención médica en esta Unidad de Salud Pública, por padecer de
Infección por hepatitis
se le manda el tratamiento de rutina, reposo en cama e incapacidad laboral por 5 días
días a partir de la fecha.

Y para los fines legales que el (la) interesado estime conveniente, le extiendo la presente en
Orocuina, Choluteca, a los veinti y ocho días del mes de noviembre del año dos
mil 2018



cc. archivo



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL DEL SUR
REFERENCIA Y RESPUESTA

REFERENCIA: ☐
RESPUESTA: ☒

Primer Apellido <i>Sanchez</i>	Segundo Apellido <i>Cervato</i>	Nombre(s) <i>Hector</i>	Sexo Mujer: ☐ Hombre: ☒	Edad <i>38</i>
N° de Expediente: <i>0610-1980-01454</i>		N° de Identidad: <i>0610-1980-01454</i>		
Dirección y Teléfono (Móvil/Fijo): <i>Choluteca, Onacoma.</i>				
Correo electrónico:		Persona Responsable: <i>Hector Sanchez</i>		
Motivo de envío: Diagnóstico: ☐ Tratamiento: ☐ Seguimiento: ☒ Rehabilitación: ☐				
Resumen de datos clínicos: <i>HTA tratada con propranolol, refiere sint. interm. en escalas acompañado de temblores de 2 días #15 episodios, dolor en CSD, opioidea escalofríos, náusea, fiebre, se analizado por ME quien refiere que paciente tiene hepatitis.</i>				
Signos Vitales	P/A: <i>120/80</i> (Kg): <i>65</i>	FC: <i>65</i>	Pulso: <i>65</i>	T°: <i>37°</i>
Peso		Reclén Nacido: FC: Talla: APGAR:		
Datos Obstétricos: Fecha de último parto: HV: HM: O: AB: FUM: NV: FPP: NM: E: AU: P: C:				
Resultados de exámenes complementarios: <i>paciente anda exámenes resultados de BT, RT, BD, TGO, TGP, anormales.</i>				
Tratamiento aplicado: <i>metoprolol 1 tab VO x 2 meses.</i>				
Diagnóstico de remisión: <i>Hepatitis</i>				
Recomendaciones: <i>siguimiento, comida solo para él, medidas higiénicas adecuadas, etc. en consulta.</i>				Evaluación de riesgo: Con Riesgo: ☐ Sin Riesgo: ☒
REFERIDO O RESPONDE A: UAPS: ☐ CIS: ☒ Policlínico: ☐ Segundo nivel, Especifique: ☐				
AMERITA ATENCION EN: Consulta Externa: ☒ Emergencia: ☐ Hospitalización: ☐ ☐ Otros, Especifique				
Nombre del establecimiento que refiere o responde: <i>Hospital del Sur</i>		Nombre del servicio que refiere o responde: <i>Medicina interna</i>		Región Sanitaria: <i>06</i>
Nombre de la Red:		Se contactó al establecimiento al que remitirá o responderá: Si: ☒ No: ☐ Especifique:		
Nombre y cargo de la persona contactada:		Referencia o respuesta: Pertinente: ☒ No: ☐ Adecuada: ☒ Si: ☐ No: ☐		
FECHA: <i>13/11/08</i>		REFERENCIA O RESPUESTA POR:		NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE PERSONA REMITENTE:
DIA	MES	ANO	☐ Médico (a) General ☐ Lic. Enfermería ☐ Promotor (a) Especificar: _____	☐ Médico Especialista ☐ Auxiliar de Enfermería ☐ Otro
HORA	<i>12:00</i>			
<i>Visto bueno Dr. Arango</i>				

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

LILIAN VANESA / GONZALEZ GONZALEZ

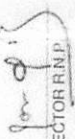


HONDUREÑA POR : NACIMIENTO
NACIO EL : 17 MAYO 1990
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 30 MAYO 2013

0610-1997-00258


12069287-02

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

LILIAN VANESA / GONZALEZ GONZALEZ

0610-1997-00258

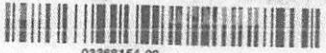
REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

HECTOR ALEXIS / SANCHEZ CERRATO

HONDUREÑO POR : NACIMIENTO
NACIO EL : 24 OCTUBRE 1980
SEXO : MASCULINO
EMITIDA EL : 14 NOVIEMBRE 2012

0610-1980-01454


03368154-02

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

HECTOR ALEXIS / SANCHEZ CERRATO
0610-1980-01454