

# Alcaldía Municipal de Orocuina

## ORDEN DE PAGO

Nº 0027135

MUNICIPALIDAD: OROCUINA

DEPARTAMENTO:

CHOLUTECA

### ORDEN DE PAGO

CHEQUE No.  VALOR EN EFECTIVO

PAGUESE A: Ismael Gabrino Aguilera Galo

La Cantidad en Letras: Quinientos lempiras e X. 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
	<u>Apoyo economico a persona de escasos recursos para realizarse exámenes medicos ya que padere insuficiencia renal</u>	<u>500.00</u>

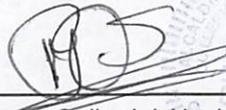
Fecha: 20 / diciembre / 2018

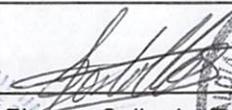
Recibido Por: \_\_\_\_\_

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 CHOLUTECA.

## COMPROBANTE DE CAJA



Orocuina 20 de Diciembre del 20 18 Lps. 500.00

Nombre Ismael Gabino Aguirre Galo

Recibi del Señor Tesorero la Cantidad de: Quinientos Lempiras Exactos

Por concepto de: Ayuda economica a persona de escasos recursos para realizarse exámenes medicos ya que poder de experiencia renal.

Solvencia Municipal \_\_\_\_\_ Identidad No: 0610 1981 00988



FIRMA



*[Firma manuscrita]*

ALCALDE MUNICIPAL

**SOLICITUD**

Lugar y Fecha: Barranco 20 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 exámenes ya que me encuentro 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 repuesta favorable.

**Atentamente**

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

Nombre: Ismael Gobino Aguilera Galo

N° Identidad 0610-1981-00988

*[Handwritten signature and circular official stamp]*



**Red de Laboratorios de la Región N° 6**  
**LABORATORIO CENTRO DE SALUD OROCUINA**  
**"CARLOTA NUÑEZ DE PORTILLO"**



Honduras

**Boleta de Resultados:**

**QUIMICA SANGUINEA**

NOMBRE DEL PACIENTE: Ismael Aguilera EDAD: 36 SEXO: M  
 PROCEDENCIA: Barranco FECHA: 19 DE 12 DEL 2018

EXAMENES	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	<u>72</u> mg/dl	70-110 mg/dl
COLESTEROL	<u>171</u> mg/dl	Menor a 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	<u>120</u> mg/dl	Menor a 200 mg/dl
ACIDO ÚRICO	<u>3.4</u> mg/dl	(H 3.5-7.3) (M 2.6-6.0 mg/dl)
UREA	<u>49.2</u> mg/dl	15-40 mg/dl
CREATININA	<u>5.0</u> mg/dl	(H: mg/dl) (M: mg/dl)
BUN	<u>22.9</u> mg/dl	4.5-23.5 (mg/dl)

Observaciones: \_\_\_\_\_

Imp. El Sol Chol. Tel/Fax: 2782-0368 HC: 003 CERTIFICADO SAR // 9231-14-10500-163  
 S-ORIG. JUN-2018 / 6 TAL. RTN 0001903000127

*[Firma]*  
 FIMA Y SELLO

1



**SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD**

**Red de Laboratorios de la Región N° 6**  
**LABORATORIO CENTRO DE SALUD OROCUINA**  
**"CARLOTA NUÑEZ DE PORTILLO"**



Honduras

**HEMATOLOGIA**

NOMBRE: Ismael Aguilera EDAD: 36 SEXO: M TRIMESTRE: \_\_\_\_\_  
 PROCEDENCIA: Barranco FECHA: 19 DE Diciembre DEL 2018

HEMOGLOBINA	<u>10.6</u> g/dl	GLOBULOS BLANCOS	<u>8,180</u> 10 <sup>3</sup> /L
HEMATOCRITO	<u>31.57</u> %	NEUTROFILOS	<u>62.5</u> %
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	<u>3,370,000</u> 10 <sup>12</sup> /L	MID	<u>4.4</u> %
VCM	<u>94</u> FL	LINFOCITOS	<u>33.1</u> %
HCM	<u>31.4</u> pg	EOSINOFILOS	%
CHCM	<u>33.5</u> g/dl	BASAFILOS	%
PLAQUETAS	<u>242,000</u> 10 <sup>3</sup> /L	MONOCITOS	%
OBSERVACION:		RDW	<u>16.0</u> %
HEMATOZARIO:			

*[Firma]*  
 Firma y sello

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

**ISMAEL GABINO / AGUILERA GALO**



HONDUREÑO POR NACIMIENTO  
NACIO EL : 26 ABRIL 1981  
SEXO : MASCULINO  
EMITIDA EL : 20 FEBRERO 2013

**0610-1981-00988**

  
03367691-02