

No. 01

DIA	MES	AÑO
30	05	22

Por L. 1,000.

Recibi de: Caja chica

La Cantidad de: Mil Exactos Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda En Salud al niño, Julia.  
Fernando Gonzalez. de la Comunidad  
El Carrizal

Sal. Ant.	<u>1,000</u>
Abono	<u>      </u>
Saldo	<u>1,000.</u>

Victorino Rodriguez  
1076-7993-00085 FIRMA

mez + juventud. 54110 - Ayuda Social (Trasferencia de capital)

No. 02

DIA	MES	AÑO
20	05	22

Por L. 800

Recibi de: Caja chica

La Cantidad de: Ochocientos Exactos Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda. por Educacion a la niña  
Norma Lizbeth Lopez Baroa. La Comunidad  
La Saiedad.

Sal. Ant.	<u>800</u>
Abono	<u>      </u>
Saldo	<u>800</u>

[Signature]  
FIRMA

mez + juventud. 54110 - Ayuda Social (Trasferencia de capital)

L

El CARRIZAL, Yamaranguila. 30 de Mayo 2022

Alcalde Municipal

Su Oficina

Le saludo muy cordial y respetuosamente deseándole éxitos en sus labores Diarias.

Me dirijo a usted sabiendo de su amplio espíritu de cooperación.

El motivo de la presente es para manifestarle a usted, por este digno medio solicitarle que si me apoye económicamente para poderme trasladar a Tegucigalpa al **Materno Infantil**, para poder evaluar a mi hijo Julio Fernando Gonzales Rodríguez de 11 meses de nacido, ya que adolece de la audición del oído derecho por ese motivo queremos evaluarlo para ver si lo pueden operar y ya que soy una madre soltera de bajos recursos económicos para poder trasladarme hasta a ya.

Esperando una respuesta positiva.

Para fines que el interesado le convenga se extiende la presente de la fecha 30/05/2022.

Atentamente;

Victorina Rodríguez  
7076-2993-00085



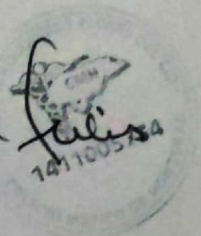
Aprobado  
7,000

Subido Salud-  
caja chica

## Antecedentes

Por medio de la presente hago constar que el paciente Julio Semerete Gonzales Rodriguez de 10 meses es manejado en este Centro asistencial de Salud por malformación congénita en oído derecho ya revisado por pediatra del Hospital el cual lo envía a un centro de mayor complejidad en taguaypa para los fines que le interese con esta recurrencia envío la presente a los 66 días del mes de mayo

Dr. Juan Félix







# República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Victorina Rodriguez

No. Identidad: 1016199300085

No. Pasaporte: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
20	01	1993

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: Carizal

Número Teléfono/ Celular: 95929791

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS Samaranguila

Código del Establecimiento de Salud: 1619



"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

## Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	30	08	21	Moderna L:063D21A V: Nov-2021	A/E Reyes
Segunda dosis	21	10	21	Moderna Lot:046C21A	A/E Reyes
Otras	03	02	2022	Pfizer L: FL 3205 V: 6-2022	A/E Reyes
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:  
enero 2021



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Victorino Rodriguez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2022 por lo que se le extiende esta Constancia de pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

N° 619692

Yamaranguilo 13/05/2022  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

-3-12-2022



[Signature]  
Firma y Sello del Alcalde



REFERENCIA/RESPUESTA

PRIMER NOMBRE <i>Coarcks</i>	SEGUNDO NOMBRE <i>Roaquez</i>	PRIMER APELLIDO <i>Julio</i>	SEGUNDO APELLIDO <i>Fernando</i>	SEXO 1. HOMBRE <input checked="" type="checkbox"/> 2. MUJER <input type="checkbox"/>	EDAD <i>10</i> 1. AÑOS <input type="checkbox"/> 2. MESES <input checked="" type="checkbox"/> 3. DÍAS <input type="checkbox"/> 4. HORAS <input type="checkbox"/>
ID/N. EXPEDIENTE: <i>1016 20200306</i>	AJDEA/CASERIO/BO./COL. <i>Carriel</i>	MUNICIPIO: <i>Yamocuyale</i>	DEPTO.: <i>Int. Buca</i>	TELÉFONO/MÓVIL:	
PERSONA RESPONSABLE:				TELÉFONO/MÓVIL:	
MOTIVO DEL ENVÍO:	<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO	<input checked="" type="checkbox"/> TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO	<input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN	

RESUMEN DE DATOS CLÍNICOS:  
*Se trata de paciente de 10 años de edad quien presenta malformación de ojo derecho (mirota) desde nacimiento. Evolución de buen estado general. ORL con conducto auditivo derecho cerrado y izquierdo cerrado. Retraso por los problemas de audición.*

SIGNOS VITALES: PA *110/70* FR *24*/M FC *120*/M PULSO *120*/M T *36.1* °C TALLA *60* PESO *8.4* KG SO2 *94*  
 EMBARAZADA-FCF: *0* R/N APGAR: *0* PC: *0*/CM

RESULTADOS DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS:  
*NO*

TRATAMIENTO APLICADO:  
*Antibióticos*  
*Int. Buca*

DIAGNÓSTICO DE REMISIÓN:  
*Mirotia derecha*

EVALUACIÓN DE RIESGO:  
 CON RIESGO  
 SIN RIESGO

RECOMENDACIONES:  
*Evaluación por Otorrino Pediatra*

REFERIDO O RESPONDE: <input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> P. CLÍNICO <input checked="" type="checkbox"/> II NIVEL	ESPECIFIQUE:
AMERITA ATENCIÓN EN: <input checked="" type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE REFIERE O RESPONDE: <i>Hospital Sistema Infantil</i>	NOMBRE DEL SERVICIO AL QUE SE REFIERE O RESPONDE: <i>Otorrinolaringología</i>
SE CONTACTO AL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REMITE O RESPONDE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA CONTACTADA:
REFERENCIA O RESPUESTA: PERTINENTE: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	ADECUADA: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
FECHA: <i>10/05/22</i>	REFERENCIA O RESPUESTA POR: <input type="checkbox"/> MÉDICO GENERAL <input type="checkbox"/> MÉDICO ESPECIALISTA
HORA: <i>10:30</i>	<input type="checkbox"/> ENFERMERA <input type="checkbox"/> AUXILIAR <input type="checkbox"/> OTROS
FORMATO EN 24 HRS <input type="checkbox"/> PROMOTOR	ESPECIFIQUE:
	AMERITA AMBULANCIA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO AMERITA ENFERMERA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO AMERITA EXONERACIÓN <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA REFERENCIA O RESPUESTA

NOMBRE COMPLETO FIRMA Y SELLO (QUIEN REALIZA):  
*Dr. Varela*

NOMBRE, FIRMA Y SELLO (QUIEN APRUEBA):



**Solicitud**

**La Soledad Yamaranguila.20 de Mayo 2022**

Alcalde Municipal

Su Oficina

Le saludo muy cordial y respetuosamente deseándole éxitos en sus labores Diarias.

Me dirijo a usted sabiendo de su amplio espíritu de cooperación.

El motivo de la presente es para manifestarle a usted, por este digno medio solicitarle que si por favor me apoye económico con el trasporte de la motaxi de mi hija. Norma Lizbeth López García que este curso el Séptimo Grado en la **Escuela Miguel Paz Barahona**

Ya que soy madre de bajos recursos económicos.

Para fines que el interesado le convenga se extiende la presente de la fecha 20/052022.

Atentamente;

1016 1990 00657

*Aprubado caja chica*

*L 800 Subsidio*

*Educación*

## CONSTANCIA DE MATRÍCULA

El Suscrito Director(a) del Centro Educativo **MIGUEL PAZ BARAHONA** con código **101600002B09**, ubicado en el municipio de **YAMARANGUILA** del departamento de **INTIBUCÁ**, por este medio **CERTIFICA QUE: YANELY ROSIBEL SANCHEZ LOPEZ** con R. N. E. **1016201000080**, se matriculó en este Centro Educativo para realizar estudios en el **SÉPTIMO GRADO** sección **U** en la **JORNADA MATUTINA**.

Y para los fines que el interesado (a) estime conveniente se le extiende la presente en el municipio de **YAMARANGUILA** a los 20 días del mes de mayo del 2022.

  
\_\_\_\_\_  
Director(a)

  
\_\_\_\_\_  
Secretario(a)







## República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19



**Nombre:** Norma Lizeth Lopez Garcia  
**No. Identidad:** 1016199000631  
**No. Pasaporte:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:**

Día	Mes	Año
28	11	1990

  
**Sexo:** Hombre  Mujer   
**Profesión/ocupación:** \_\_\_\_\_  
**Lugar de trabajo:** \_\_\_\_\_  
**Dirección de Residencia:** La Soledad  
**Número Teléfono/ Celular:** 98971072  
**Nombre del Establecimiento de Salud:** Cis Jamaranguila  
**Código del Establecimiento de Salud:** 1619



"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

### Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	22	08	21	Pfizer PF 21 V: 11/21	Lic. Méndez
Segunda dosis	28	09	21	Pfizer Lote: 13310BA V: 12/21	Lic. Mezo
Otras	29	03	22	Pfizer LIFT847 V: 8-22	Alic. Mezo
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado: enero 2021

ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Norma Lizeth Lopez Garcia

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2022 por lo que se le extiende esta Constancia de pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

Nº 620707

Yamaranguila 09/02/2022

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2022



[Handwritten Signature]  
Firma y Sello del Alcalde

No. 03

DIA	MES	AÑO
<u>27</u>	<u>05</u>	<u>2022</u>

Por L. 1,000.

Recibí de: Caja Chica.  
La Cantidad de: Mil. Lempira. Exactos Lempiras  
Por Cuenta de: Ayuda. Salud. a la ciudadana.  
Ana Patricia. Mendez. Contorera.

Sal. Ant. 1,000.

Abono \_\_\_\_\_

Saldo 1,000.

Yashe.  
Ana Patricia Mendez C.  
FIRMA

54110. Ayuda Social. Sector Mujer.

No. 04

DIA	MES	AÑO
<u>23</u>	<u>05</u>	<u>2022</u>

Por L. 800.

Recibí de: Caja Chica.  
La Cantidad de: Ocho Cientos Lempiras. Lempiras  
Por Cuenta de: Ayuda por. Salud. a la Sñr.  
Macaria Vasquez. Cofradia.

Sal. Ant. 800.

Abono \_\_\_\_\_

Saldo 800.

AVB 1016-1962-00046  
FIRMA

54110 = Ayuda Social Sector. Mujer.



# SOLYSITUD

Yashe yamaranguila Intibuca fecha 27 del 2022  
 es grato el momento en que me dirijo a  
 Usted amigo y nuestro futuro alcalde  
 Rumualdo Bejarano

Que dios y mamita maria le derrame Ricas y  
 abundantes bendiciones en las funciones de  
 nuestro Pueblo para que sigamos adelante  
 Son nuestros mejores deseos de quienes  
 le apreciamos tanto y le queremos.  
 despues de este corto saludo paso a lo  
 siguiente y es para.

desirle que si por su digno medio me puede  
 ayudar con tresmil Lempiras para gastos  
 de mi parto ya que tengo unos pequeños  
 problemas; Solamente es pero me tome en  
 cuenta de agradecer mucho

Solamente firma

Ana Patricia Mendez Cantarero



Aprobado

L 1000.

Subcedio Salud

Caja chica

*[Handwritten signature]*  
 MUNICIPALIDAD DE INTIBUCA  
 HONDURAS  
 SUBSECRETARÍA DE SALUD  
 ESTUDIO



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080  
CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente  
Ana Patricia Mendez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al  
año 2022 por lo que se le extiende esta Constancia de  
pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos  
enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de  
Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional  
que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

N° 620487

Yamaranguila 11/02/2022  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: -31-12-2022



*[Handwritten signature]*

Firma y Sello del Alcalde





# República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Ano Roberto Mendez Contorero.

No. Identidad: 

1	0	1	4	1	9	9	1	0	0	1	1	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

No. Pasaporte: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
06	05	1991

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: Vosse.

Número Teléfono/ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento de Salud: C13 Yamaranguila.

Código del Establecimiento de Salud: 

1	6	1	9
---	---	---	---



"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

## Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	12	08	2021	Moderna Lot. 06-3d-21A V: 11-2021	Lir Mendez
Segunda dosis	09	09	2021	Moderna Lot. 063D21A V: 11-2021	
Otras	22	Abril	2022	Pfizer L: F103100 F/V: 8/22	A/E Colanta Amaya
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado: enero 2021

SECRETARÍA DE SALUD

1001

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE - SS Honduras

NOMBRE: Ana Patricia yasse  
APELLIDO: Mando yamoyuten

FECHA DE NACIMIENTO: 06 05 91  
ESTUDIOS: 6  
ESTADO CIVIL: casada  
1619  
1014-1991-00114

ANTECEDENTES: FAMILIARES, PERSONALES, OBSTÉTRICOS. Includes checkboxes for various conditions and a diagram of pregnancies.

GESTACIÓN ACTUAL: PESO ANTERIOR, TALLA, FUM, FUMACT, FUMAPIS, DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA, ANTITUBERCULOSA, ANTITETANICA, EX NORMAL.

LABORATORIOS: HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, FERRITINA, etc. Includes handwritten values like 143 and 09.

RESULTADOS ANTERIORES: Table with columns for date, age, weight, height, and various lab results. Includes handwritten notes like 'Prenat. S. jess. exam. I'.

PARTO ABORTO: FECHA DE INGRESO, CONSULTAS PRE NATALES, INICIO, ROTURA DE MEMBRANAS, EDAD GEST, PRESENTACION SITUACION, TAMANO FETAL, ACOMPAÑANTE.

ENFERMEDADES: HTA previa, infección ocular, infección urinaria, etc. Includes checkboxes for various medical conditions.

NACIMIENTO: FECHA, MÚLTIPLE, TERMINACION, POSICIÓN PARTO, DESGARROS, OK/NOCK/OS, PLACENTIA, LIGADURA CORDON.

RECIÉN NACIDO: SEXO, PESO AL NACER, EDAD GESTACIONAL, PESO E/G, ARGAR, REANIMACION, FALLECE, ATENDIDO PARTO, NEONATO, PUERPERIO.

DEFECTOS CONGÉNITOS, ENFERMEDADES, TAMIZAJE NEONATAL, GRUPO, LACTANCIA PRECOZ, VITAMINA K, PROFILAXIS OCULAR, ANTICONCEPCION.

EGRESO RN: ALIMENTO AL ALTA, EGRESO MATERNO, MÉTODO ELEGIDO. Includes checkboxes for various outcomes and follow-up.

Solicitud

Cofradia. Yamaranguita 23 de Mayo 2022

Alcalde Municipal

Su Oficina

Le saludo muy cordial y respetuosamente deseándole éxitos en sus labores Diarias.

Me dirijo a usted sabiendo de su amplio espíritu de cooperación.

El motivo de la presente es para manifestarle a usted, por este digno medio solicitarle apoyo económico para realizar exámenes de citología valorada en 2,000 lps. Ya que estado un poco mal de salud.

Ya que soy madre de bajos recursos económicos.

Para fines que el interesado le convenga se extiende la presente de la fecha 23/05/2022.

Atentamente;

Macaria Vásquez 1016-1962-00046

Aprobado.  
L 800.  
Salud.

*[Handwritten Signature]*  
Caya Chica





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080  
CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Marcio Vazquez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2022 por lo que se le extiende esta Constancia de pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

N° 620366

Yamaranguila 23/05/2022  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2022



*[Handwritten signature]*

Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras  
Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Macaria Vasquez

No. Identidad: 1016196200046

No. Pasaporte: \_\_\_\_\_ 58 años

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
<u>14</u>	<u>Febrero</u>	<u>1963</u>

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: Ama de casa

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: Copradia, Yamanaguila

Número Teléfono/ Celular: Ni tiene

Nombre del Establecimiento de Salud: Cis, Yamanaguila

Código del Establecimiento de Salud: 01619



"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	<u>21</u>	<u>Agosto</u>	<u>2021</u>	<u>Pfizer - FF. 2591</u> <u>FV. NOV. 2021</u>	<u>Kic. Karla Velasquez</u>
Segunda dosis	<u>19</u>	<u>09</u>	<u>21</u>	<u>Pfizer</u> <u>Lf 301508A-V:11-21</u>	
Otras	<u>24</u>	<u>02</u>	<u>22</u>	<u>Pfizer</u> <u>Lote PF. 0265/10/22</u>	
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado: enero 2021





SECRETARIA DE SALUD  
GESTOR(MANCURISJ)  
REFERENCIA Y RESPUESTA

REFERENCIA   
A   
RESPUESTA

Primer Apellido: Vázquez Segundo Apellido:  Nombre(s): María  
N° de expediente: 298 N° de Identidad: 1016 1962 00046 Edad: 60 Sexo: M.

Dirección y Teléfono (móvil/fijo): Cofradia 193295232 Persona Responsable, parentesco y Número de teléfono: Julio Hernández  
Correo Electrónico:  Seguimiento:  Rehabilitación:

Motivo del envío:  Diagnóstico:  Tratamiento:   
Resumen de datos clínicos: Px se realizó Citología el 28-4-22:  
-Atipia Benigna Escasa de Significados Indeterminados (ASC-US)  
-Inflamación Moderada  
-Atrofia  
Px con BCG, asintomática.

Signos Vitales: P/A: 110/70 FR: 18 FC: 80 Pulso: 80 T°: 36 Peso: 46kg Recién Nacido: FCF:  Talla:  APGAR:   
HGO: Fecha Último Parto:  FUM:  FPP:  AU:  G:  P:  C:   
A: HV:  HM:  O:  NV:  NM:

Resultado de exámenes complementarios: -  
Tratamiento aplicado:

Diagnóstico de remisión: Atipia Benigna Escasa.

Recomendaciones: Colposcopia + Biopsia

Condición de Salida: Estable

REFERIDO o RESPONDE A:  
 UAPS  CIS  Policlínico  Segundo Nivel, especifique:  
AMERITA ATENCIÓNEN:  
 Consulta Externa  Emergencia  Hospitalización  
 Otros, especifique:

Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde: HEAC  
Nombre del Servicio al que se Refiere o Responde: Ginecología

Contactó al Establecimiento al que de remitirá o responderá:  
 No  Especifique: Geitron Citri  
Nombre y cargo de la persona contactada:  
Nombre, Firma y Sello de persona remitente: Dr. Soriano

Fecha y Hora de la remisión: 10:45h  
REFERENCIA O RESPUESTA POR:  
 Médico General  Médico Especialista  
 Enfermera  Auxiliar  Otro,  
Especificar:   
Nombre, sello y firma de quien recibió la referencia:

Fecha y Hora de recepción de referencia:   
Fecha y Hora de recepción:   
Hora:  Día:  Mes:  Año:

HC10

REFERENCIA Y RESPUESTA

Solicitud

Inguanes, Yamaranguila. 27 de Mayo 2022

Alcalde Municipal

Su Oficina

Le saludo muy cordial y respetuosamente deseándole éxitos en sus labores Diarias.

Me dirijo a usted sabiendo de su amplio espíritu de cooperación.

El motivo de la presente es para manifestarle a usted, por este digno medio solicitarle que si me apoya económicamente para la compra médica para la Epilepsia.

Ya que soy una persona de bajos recursos económicos para poder recaudar los fondos.

Para fines que el interesado le convenga se extiende la presente de la fecha 27/05/2022.

Atentamente;

JOSÉ ANIBAL AGUILAR VÁSQUEZ

1016199300642

Aprobado.  
Subordinado Soldado  
L 7000


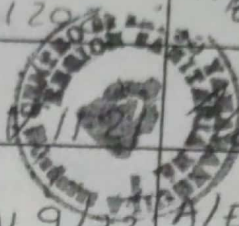

Caja chica







## Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	22	08	2021	PFIZER FF 2591 v 112021	A/E 
Segunda dosis	19	09	21	Pfizer L 301508A	 A/E 
Otras	19	05	22	Pfizer lot: FT7737 v 9/22	A/E Mora
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:  
enero 2021

## República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

★★★★★  
SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Milton Vasquez

No. Identidad: 1016198200186

No. Pasaporte: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
17	04	1982

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: Agricultor

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: Inguanes

Número Teléfono/ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento de Salud: Cis Yamarangoita

Código del Establecimiento de Salud: 1619



**"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"**





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Jose Anibal Aguilar Vasquez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2022 por lo que se le extiende esta Constancia de pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

N° 615712

Yamaranguila 31/01/2021  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2022



*[Handwritten signature]*

Firma y Sello del Alcalde





# MEDICENTRO SAN RAFAEL

Experiencia al cuidado de su salud

Tel.: 2783-2325

Bo. Candelana, 1 Cuadra al norte del Banco de Occidente, una cuadra arriba de CACIL,  
La Esperanza, Intibucá, Honduras, C.A.

Nombre Anibal Aguilar  
Fecha 11 / 5 / 2022 Edad 26 a

R/

Valipesia 2cc en la mañana y  
2cc en la tarde. (continuo).

- Bioplexin 25,000, 1 amp. c/2 JM  
semanas. (6 dosis).

- Ceumid XR 1,000 mg, 2 tabs. al  
día. (continuo). 15

Por la Salud del Paciente  
**NO CAMBIE**  
Esta Receta

Dr.:



Medicinas La Auxiliadora, Descuentos permanentes \*Tel.: 2783-3848





# LABORATORIOS VITALAB

Bo. Candelaria, 1 Cuadra al norte del Banco de Occidente, una cuadra arriba de CACIL,  
La Esperanza, Intibucá, Honduras C.A.  
Tel.: 2783-2325

FECHA: 19/05/2022

NOMBRE: JOSE ANIBAL AGUILAR EDAD: 28 A

5

PARAMETROS	RESULTADO	VAL. NORMALES	INMUNOHEMATOLOGIA		
Glóbulos Rojos Millones por m <sup>3</sup>	4.77 ✓	3.50 - 5.50	Grupo ABO y Factor RH:		
Hemoglobina g/dl	14.8 ✓	Hombres: 13-18 Mujeres: 12-16	OBSERVACION:		
Hematocrito Vol. %	43.5 ✓	Hombres: 38-52% MUJERES 36-48%			
VCM	91.2	80-100FL			
HCM	31.0	27-32 Pg			
CHCM	34.0	32-36 g/dl	PRUEBAS DE LA COAGULACION	RESULTADO	VALORES NORMALES
Glóbulos Blancos mm <sup>3</sup>	6,790 ✓	5,000-10,000	Tiempo de Sangrado		2 - 5 MIN
Linfocitos %	22.1 ✓	25-40%	Tiempo de Coagul.		4 - 8 MIN
Mid %	7.2 ✓	3-9%	Activ. Protrombina		11 - 16 SEG
Segmentados %	70.7 ✓	50-70%	Trom. Parcial		26 - 36 SEG
Plaquetas mm <sup>3</sup>	188 ✓	150-450	Trom. Total		0.8-1.2



# LABORATORIOS VITALAB

Porque tu salud es vital para nosotros.

Bo. Candelaria, 1 Cuadra al norte del Banco de Occidente, una cuadra arriba de CACIL,  
La Esperanza, Intibucá, Honduras C.A.  
Tel.: 2783-2325

EXPEDIENTE:

FECHA: 19 de mayo de 2022

NOMBRE: JOSE ANIBAL AGUILAR

EDAD: 28 A

EXAMEN FISICO	EXAMEN QUIMICO	EXAMEN MICROSCOPICO
COLOR: AMARILLO ASPECTO: LIG. TURBIO DENSIDAD ESP: 1.015 OTRO _____	PH: 6.0 PROTEINAS: NEGATIVO GLUCOSA: NEGATIVO CETONAS: NEGATIVO SANGRE: NEGATIVO BILIRRUBINAS: NEGATIVO LEUCOCITOS: NEGATIVO NITRITOS: NEGATIVO UROBILINOGENO: NORMAL	CELULAS EPIT : ESCASAS BACTERIAS: ESCASAS LEUCOCITOS: 0-1/C ✓ ERITROCITOS: 0/C ✓ MOCO: NO SE OBSERVO CRISTALES: NO SE OBSERVARON CILINDROS: NO SE OBSERVARON LEVADURAS: NO SE OBSERVARON OTROS:

Examen General De Orina

Firma:







YAMARANGUILA 25 DE AGOSTO 2022  
VISITA: DE LA COOPERACION CANADIENSE.UMFPA

	Don Ayuda			Maldonado	
Canada	Shelly				
25/05/2022	Jose M. Perez	9442-7117		RESERVA	
25/05/2022	Vickie Delmabel	9460-4880		Jefa de Embajada	
25/05/2022	Silvia Kabilo	94472301		UMFPA	
25/05/2022	Lucia Paolinelli	3165 8341		Em. Canada	
25/05/2022	Kathleen Ryde	97059827		UMFPA	







No. 8 Por L. 28.00

DIA	MES	AÑO
24	5	2022

Recibí de: Caja chica Municipal  
 La Cantidad de: veintiocho Lempiras  
 Por Cuenta de: Pago de transporte para ir a Gobernación a traer libro p. actas y a dejar dts al operario legal.

Sal. Ant. Caja Chica  
 Abono \_\_\_\_\_  
 Saldo \_\_\_\_\_

[Signature] FIRMA

08 objeto de costas 25.100. Servicio de transporte

No. 8 Por L. 28.00

DIA	MES	AÑO
20	5	2022

Recibí de: Caja chica Municipal  
 La Cantidad de: veintiocho Lempiras  
 Por Cuenta de: Pago de transporte para ir a dejar libro para registro de actas a Gobernación

Sal. Ant. \_\_\_\_\_  
 Abono Caja Chica  
 Saldo \_\_\_\_\_

[Signature] FIRMA



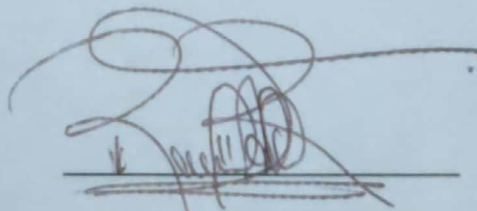
Yamaranguila Intibucá 25 de mayo 2022

Ing. Rumualdo Bejarano Rodríguez  
Alcalde Municipal  
Su Oficina

A través de la presente solicito reembolso de gastos para transporte en la Ciudad de la Esperanza a realizar trámites de la Municipalidad, delegada por asignación de su persona.

1-El día viernes 20 de mayo 2022, me desplace a la Ciudad de La Esperanza específicamente a la Oficina de Gobernación para solicitar foliado de libro para registro de actas de Corporación Municipal.

2-El día martes 24 de mayo 2022, fui a traer libro autorizado por Gobernación y a dejar expediente de Marixa Gámez donde el Apoderado Legal de la Municipalidad.



Reyna Areli Orellana Ramos  
Secretaria Municipal







SERIMAS

CONFECCION SERIGRAFIAS, BORDADOS Y MAS (SERIMAS)

CAMISetas, CAMISAS T/POLO, GABACHAS, CHUMPAS, DELANTALES, BUSOS, GORRAS Y MAS... TODO CON SU LOGO BORDADO O CON SERIGRAFIA CONFECCION, SERIGRAFIA Y BORDADO Bo. El Way, frente al portón principal U.P.N. Intibucá, Intibucá, Honduras C.A

CAI: 81A04F-B481BA-3847A9-4CE504-4985E2-A7 Fecha Límite de Emisión: 11/10/2022 Rango Autorizado: 000-001-01-00005501 al 000-001-01-00006000 Fecha de Recepción: 11/10/2021

Tel.: 2783-0384 R.T.N. 10061976003041 Email: serimas2009@yahoo.com Prop.: José Rony Mendoza Mendoza

Contado  Crédito

FACTURA

DIA 20 MES Mayo AÑO 2022

000-001-01-00 Nº 005796

CLIENTE: Municipalidad de Yamaranguila RTN 10169003429966 TEL DIRECCIÓN: Yamaranguila, Intibucá.

Table with 5 columns: CANT, DESCRIPCIÓN, PRECIO U, DESCUENTOS Y REBAJAS, TOTAL. Row 1: 1, sello base madera CODEL, 400.00, 400.00. Includes stamps for 'caja chica' and 'SERIMAS PROMOCIONALES'.

Table with 2 columns: Field Name, Value. Fields: No. Ord. de Compra Exenta, No. Const. de Reg. de Exonerado, No. Reg. de La SAG, No. de carnet Diplomático.

Original: Cliente Copia: Obligado Tributario Emisor

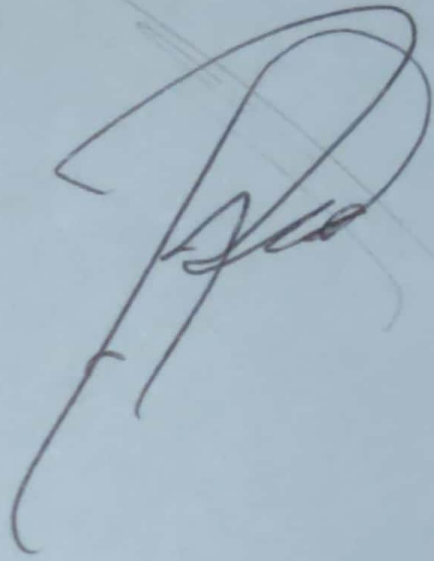
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

Table with 2 columns: Description, Amount. Rows: IMPORTE EXONERADO L., IMPORTE EXENTO L., IMPORTE GRAVADO 15% L. (347.83), IMPORTE GRAVADO 18% L., I.S.V. 15% L. (52.17), I.S.V. 18% L., TOTAL A PAGAR L. (400.00).

Firma (Handwritten signature)

Son Lps.: Cuatrocientos exactos.

9

A handwritten signature in dark ink, consisting of several loops and a long tail, positioned above the circular stamp.

Solicitud

Las Lajas Yamoranguila 16 de Mayo del año 2022

Para el Señor Alcalde Municipal

Ingeniero: Ramualdo Bejarano

- Su oficina -

- A nombre del Comité de Desarrollo y Emergencia local CODEL de Glamos enviando un respetuoso saludo Decandole Exitas en sus labores que A diario Realiza A nivel de Toda su Corporación.
- El objetivo de la Presente es Para solicitarle que Por su Digno medio nos Ayude con la Elaboracion de un Sello ya que somo una organizacion de Mucha Importancia y no contamos con una Garantia que nos acredite como un Comité de Reconocimiento de Emergencia.
- Esperamos nos tome en cuenta nuestra Solicitud de Ante mano le Agradeceremos Mucha.
- Nos suscribimos firmando la Presente.

Medardo Reyes  
Presidente

[Signature]  
Secretaria  
1016-1968-00277

Alexander Rodriguez  
Tesorero

Norman Hernandez  
Fiscal

Nabel Lorenzo  
Vocal J:





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080  
CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES


El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente  
Medardo Reyes

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al  
año 2022 por lo que se le extiende esta Constancia de  
pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos  
enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. N.º 15 del 2 de  
Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional  
que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

Nº 617347

Yamaranguila 04/02/2022  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2022



[Handwritten Signature]

Firma y Sello del Alcalde

República de Honduras  
Carnet de Vacunación COVID-19

1 8 1 1  
SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Medardo Reyes

No. Identidad: 10116 1977 180242

No. Pasaporte:

Fecha de Nacimiento: 08 06 1977

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: Agricultor

Lugar de trabajo:

Dirección de Residencia: Lajas Yamanaguá

Número Teléfono/ Celular:

Nombre del Establecimiento de Salud: UAPS. Semane

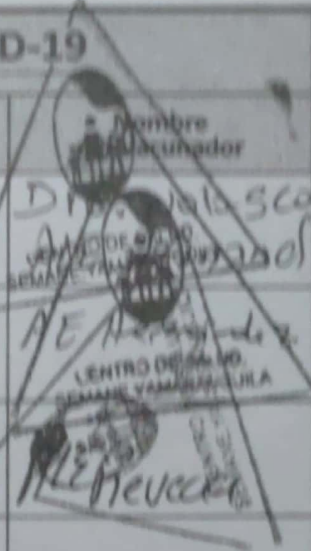
Código del Establecimiento de Salud: 111924



"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre de vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	14	10	21	Pfizer - 11-2021 30150BA	Dr. J. J. Sca...
Segunda dosis	16	11	21	Pfizer / 758758 02-22	ME Her...
Otras	17	02	22	Pfizer 11: P20265.10:07-22	ME Hev...
Otras					
Otras					



Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:  
enero 2021



SERIMAS

CONFECCION SERIGRAFIAS, BORDADOS Y MAS (SERIMAS)

CAMISetas, CAMISAS T/POLO, GABACHAS, CHUMPAS, DELANTALES, BUSOS, GORRAS Y MAS... TODO CON SU LOGO BORDADO O CON SERIGRAFIA CONFECCION, SERIGRAFIA Y BORDADO Bo. El Way, frente al portón principal U.P.N. Intibucá, Intibucá, Honduras C.A

CAI: 81A04F-B481BA-3847A9-4CE504-4985E2-A7 Fecha Límite de Emisión: 11/10/2022 Rango Autorizado: 000-001-01-00005501 al 000-001-01-00006000 Fecha de Recepción: 11/10/2021

Tel.: 2783-0384 R.T.N. 10061976003041 Email: serimas2009@yahoo.com Prop.: José Rony Mendoza Mendoza

Contado  Crédito

FACTURA

000-001-01-00 N° 005797

DIA 20 MES Mayo AÑO 2022

CLIENTE: Municipalidad de Yamaranguila

RTN 1016 9003429966 TEL

DIRECCIÓN: Yamaranguila, Intibucá.

CANT	DESCRIPCIÓN	PRECIO U	DESCUENTOS Y REBAJAS	TOTAL
1	Sello base madera patronato, llano largo	400.00		400.00
	cajo chica			

cajo chica

*[Handwritten signature]*



No. Ord. de Compra Exenta	
No. Const. de Reg. de Exonerado	
No. Reg. de La SAG	
No. de carnet Diplomático	

Original: Cliente Copia: Obligado Tributario Emisor

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXJALA"

*[Handwritten signature]*  
Firma

Son Lps.: cuatrocientos exactos

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	
IMPORTE GRAVADO 15% L.	347.83
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
I.S.V. 15% L.	52.17
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	400.00

objeto de gasto. 54 200 transferencia a Asociaciones Civiles Sin fines de lucro

IMPRESION TECNOPRINT R.T.N. 15031985906165, TEL. 2783-4232, CERTIFICADO N° 9231-19-10596-225

# Solicitud.

Señor Alcalde Municipal.

Ing. Ramalolo Bejarano.

Por medio de la presente Reciba un cordial Saludo deseando que el señor lo ilumine.

El objetivo de la presente es para solicitarle.

Se Apoyo en la elaboracion del sello del Patronato de Nuestra Comunidad.

Ya que esta deteriorado, espero nos colabore con dicha solicitud.

Para constancia. Fimo la

Presen a los 17 dias del Mes de Mayo en Ilero Largo Yamoranguiba.

Atentamente.

Luis Beltran Unanoba

1016-1967-00270







Deportes = 54200 Transferencia a Asociaciones Civiles  
SIN FINES DE LUCRO

No. 11

DIA	MES	AÑO
6	5	2022

Por L. 300.00

Recibí de: tesorería Municipal

La Cantidad de: trescientos Lempiras

Por Cuenta de: Pago de 10 libras de  
meditación para carrera de atletismo.

realizado el 6 de mayo 2022.

Sal. Ant. Chica

Abono [Signature]

Saldo [Signature]

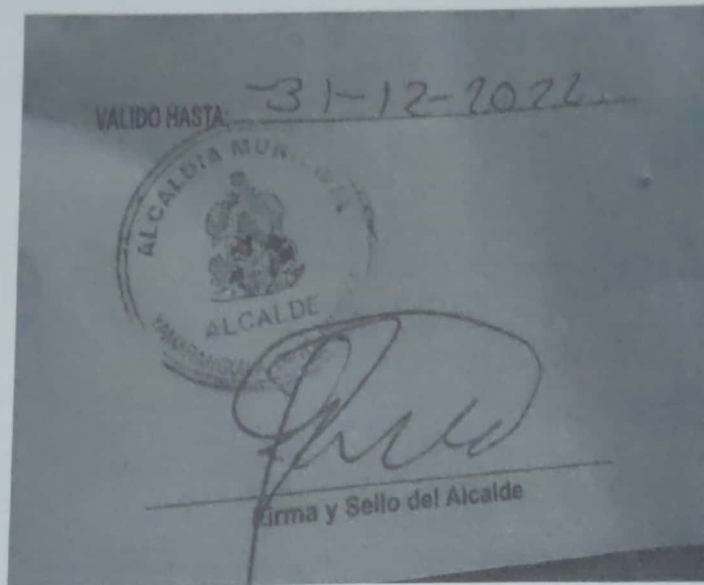
[Signature]  
FIRMA

© 2019 ONE Distribuidor Exclusivo de Honduras

11

# CARRERA DE ATLETISMO





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente Carmen Arriaga Hernandez ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2022 por lo que se le extiende esta Constancia de pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

N° 618105

Yamaranguila 17/02/2022  
Lugar y Fecha





# SUPERMERCADO ESPERANZANO

Barrio: Lempira, Intibucá, Intibucá. Tel: 2783-2051  
RTN: 10091973000200 Prop.: Lourdes A. Campos  
Correo: mmielzacarias@yahoo.es  
CAI: 0EAC7A-B06AF3-F941A6-854E4C-938083-08  
Fecha Limite C.A.I: 02/06/2022  
Rango Aut: 000-001-01-01802001 al 02102000

Cliente: MUNICIPALIDAD DE YAMARANGUILA

RTN: 10169003429966

FACTURA: 000-001-01- 01825404

Fecha: 29/04/2022  
Vence: 29/04/2022  
Hora: 03:58:12 p.  
Pag: 1  
Usuario: CAJA03

Descripción	Cantidad	Precio U.	I.S.V.(15%)	(18%)	Total
PATO DISCOS ACTIVOS 11.5ML	1	62.0000	8.0870	0.0000	62.0000
MR MUSCULO DIS/ACTIVOS LIMON 36ml	1	118.0000	15.3913	0.0000	118.0000

Para sanitarios



**SUPERMERCADO  
ESPERANZANO  
PAGADO**

SubTotal :	156.5217	I.S.V.: (15%)	23.4783
Descuento: 0.0000 %	0.0000	SubTotal ISV 18%:	0.0000
SubTotal Exento:	0.0000	I.S.V.: (18%)	0.0000
SubTotal ISV 15%:	156.5217	<b>Total a Pagar: L.</b>	<b>180.0000</b>

Son: CIENTO OCHENTA CON 00/100

Observaciones:

Nº Orden De Compra Exenta: \_\_\_\_\_

Nº Carnet Diplomático: \_\_\_\_\_

Nº Const. De Reg. De Exonerado: \_\_\_\_\_

Nº Reg. De La Sag: \_\_\_\_\_

Original-Cliente Copia-Emisor





SOLICITUD

LA Nueva Unión, Yamaranguila 31/05/2022

Para: Alcalde Municipal de Yamaranguila

Reciba una cordial salud que Dios le derrame muchas bendiciones en sus labores.

Por medio de la presente me dirigí a usted para solicitar el apoyo económico ya soy madre soltera no tengo lo suficientes recursos he sufrido la perdida de mi niña el día 25 de mayo del 2022 estoy solicitando apoyo económico ya que he incurrido en gastos médicos por dicha operación ya que mi niña sufrió complicaciones en el proceso de embarazo y falleció.

Espero tome en consideración lo siguiente solicitud

Concedores de su espíritu de colaboración estaré muy agradecido.

DIOS LE BENDIGA

Atentamente:

Estela Rodríguez  
María Estela Hernández Rodríguez  
1016-1986-00163



Aprobado:  
2 7000  
Subido  
Salud

SECRETARÍA DE SALUD

Carnet 14 1143

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE - SS Honduras

Form fields for patient identification: NOMBRE (Ana Estela), APELLIDOS (Hernandez), FECHA DE NACIMIENTO (12/03/86), SEXO (F), ALTA (SI), ESTUDIOS (various circles), MUNICIPIO (N. Union), and other personal data.

ANTECEDENTES section including FAMILIARES, PERSONALES, OBSTETRICOS (preguntas previas, abortos, nacidos vivos), and EMBARAZO ANTERIOR (fecha inicio, fin, resultado).

GESTACIÓN ACTUAL section with fields for PESO ANTERIOR, TALLA (cm), FUM (meses, años), EG CONFIABLE, FUM ACT, FUM PAS, ERRORES, ALCOHOL, VIOLENCIA, ANTI-RTUBERCULA, ANTI-TETANICA, and EX NORMAL.

LABORATORIO section including CERVIK, CHAGAS, BACTERIURIA, GLUCEMIA EN AYUNAS, VIH, Hb < 20 sem, Fe/FOLATOS, SIFILIS, and various diagnostic tests.

CONSULTAS ANTENATALES table with columns for fecha, edad gest., peso, IMC, PA, altura uterina, presen. tacion, FCF (lpm), movim. fetales, proteinuria, and proxima cita.

PARTO ABORTO section with fields for FECHA DE INGRESO, CONSULTAS PRE-NATALES, HOSPITALIZ. EN EMBARAZO, CORTICOIDES ANTENATALES, INICIO, ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO, EDAD GEST. al parto, PRESENTACION SITUACION, TAMANO FETAL ACORDE, and ACOMPAÑANTE.

TRABAJO DE PARTO section with columns for hora, min, posición de la madre, contr., dilatación, altura present., Variedad post., Mecanico, FCP/dips, and ENFERMEDADES (HTA, infecciones, etc.).

NACIMIENTO section with fields for VIVO/MUERTO, hora, min, día, mes, año, MULTIPLE, TERMINACION, and INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO.

RECÉN NACIDO section with fields for SEXO, PESO AL NACER, EDAD GESTACIONAL, PESO E.G., APGAR (1, 5), REANIMACION, FALLECE EN LUGAR DE PARTO, and ATENDIÓ medico obst. enl. auxil. estud. p.trad. otro.

DEFECTOS CONGÉNITOS, ENFERMEDADES, TAMIZAJE NEONATAL (VDRL, Hemoglobina, Rh), GRUPO, Meconio 1º día, LACTANCIA PRECOZ, VITAMINA K, PROFILAXIS OCULAR, and ANTICONCEPCIÓN.

EGRESO RN (vivo, fallece, traslado) and EGRESO MATERNO (traslado, lugar, fecha, hora, día, mes, año, responsable).



**OJO CUIDADO CON ESTAS SE**

En el embarazo

Sangrado



Hinchazón en las manos, cara y dolor intenso de cabeza



Niño(a) No Se Mueve



En el parto



Después del parto



Nombre del compañero de hogar o responsable: Selfem  
 Fecha de elaboración del plan: 22/12/21  
 Por el Comité: \_\_\_\_\_  
 Por la Partera: \_\_\_\_\_



**EXAMENES**

**MATERNIDAD SALUDABLE Salud Perdurable para Honduras**

**PLAN DEL EMBARAZO, PARTO Y DESPUES DEL P**

Nombre de la Embarazada: Mario Estela Hernandez  
 Comunidad: N. Union  
 Persona que brindó consejería: Dm. Mendez

**CUIDADOS DEL EMBARAZO**

Durante su Embarazo usted debe recibir atención prenatal por lo mínimo 5 ve

Fecha 1a. visita	Fecha 2da. visita	Fecha 3ra. visita	Fecha 4ta. visita	Fecha 5ta. visita	Fecha 6ta. visita
<u>22/12/21</u>	<u>30-01-22</u>	<u>14-2-22</u>	<u>28-3-22</u>	<u>28-4-22</u>	<u>25-5-22</u>

al día 170  
 Comience a ahorrar por día o por mes para el traslado al Hospital al momento del parto o por si se presenta una emergencia.



AHORRO EN LEMPIRAS					
3 mes	4 mes	5 mes	6 mes	7 mes	8 mes
<u>0</u>	<u>500</u>	<u>0</u>	<u>500</u>		

**OJO** Durante el embarazo, parto y post parto pueden haber complicaciones especialmente en las embarazadas que presentan cualquiera de estas situaciones.

Muy joven  Muy mayor  Muchos hijos o hijos muy seguidos



# CONSTANCIA DE DEFUNCION

No. 117015

14

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

<b>1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION</b>			
1.1 Nombre y apellido completo del médico: <u>Amy Michelle Mejia Noor</u>		2.5 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud <u>(1)</u> Casa...2 Otro...3	
1.2 N° de colegiación del médico: <u># 7083</u>		2.6 Lugar donde ocurrió el fallecimiento: Departamento: <u>Intero.</u> Municipio: <u>La Esperanza</u> Ciudad o aldea: _____ Barrio, colonia o caserío: <u>Bonio Elway</u>	
<b>2. DATOS DEL FALLECIDO</b>			
2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: <u>Pa Maria Estela Hernandez Rodriguez</u>		2.7 Causa básica de la muerte <u>Proxecto Obito.</u>	
2.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad.....1 Pasaporte.....2 Otro.....3 Número: <u>1016198600263</u>		<b>3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION</b>	
2.3 Sexo: Hombre.....1 Mujer <u>(2)</u>			
2.4 Fecha y hora del fallecimiento: a.m....1 p.m....2 <u>25 05 2022 20 56</u>		<u>25 05 2022</u> Día Mes Año	



CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

## INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

No. 117015

<b>1. DATOS DEL FALLECIDO</b>		
1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: Nombre (s) _____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____		
1.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad.....1 Pasaporte.....2 Otro.....3 Número _____		1.7 Nacionalidad: Hondureña.....1 Extranjera.....2
1.3 Domicilio habitual o permanente: Departamento: _____ Municipio: _____ Aldea o ciudad: _____ Barrio, colonia o caserío: _____		1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía: Garífuna.....1 Miskito.....5 Otro.....9 Negro Inglés...2 Lenca.....6 Ninguno.....10 Tolupán.....3 Tawahka.....7 No sabe/No resp.....11 Pech (Paya)...4 Chortí.....8
1.4 Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2		1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí.....1 No.....2
1.5 Fecha de nacimiento: _____ Día Mes Año		1.10 Estudios realizados: Ninguno.....1 Incompleta Completa Primaria.....2 .....1 .....2 Secundaria.....3 .....1 .....2 Superior.....4 .....1 .....2
1.6 Edad al fallecer, si era: Menor de un día: _____ Horas Menor de un mes: _____ Días		1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

<b>6. DATOS DE LA INSCRIPCION (Para ser llenado por el Registrador Civil)</b>	
6.1 Departamento: _____	6.2 Municipio: _____
TOMO _____	FOLIO _____
ACTA _____	Fecha de la Inscripción: _____ Día Mes Año
5.3 Fecha del llenado del informe: _____ Día Mes Año	







# República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19



Nombre: María Estela Hernández Rodríguez

No. Identidad: 1016198600167

No. Pasaporte: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
13	03	1986

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: Ayudante en Restaurante

Lugar de trabajo: Supermercado Nolasco

Dirección de Residencia: El Delon Yamaranguila

Número Teléfono/ Celular: 99293138

Nombre del Establecimiento de Salud: C.I.S. La Esra

Código del Establecimiento de Salud: 1457



"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

## Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	14	Junio	2021	MODERNA L: 034021A V: 10/2021	
Segunda dosis	11	Agosto	21	Moderna L: 059121A V: 11-21	Jessica Carbajal
Otras	28	04	22	Pfizer L: FT0366 V: 8/22	Ar. Reyes
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado: enero 2021



54110 Ayuda Social a personas (Transferencia de Capital)

No. 15 DIA 2 MES 06 AÑO 22. Por L. 900.

Recibí de: Caja chica.

La Cantidad de: Novcientos. Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda. Apoyo Salud. a la señora  
Ma. Estebana Benitez. Comunidad de  
Acabrada de Lojas.  
TL=94-38-69-583.  
mae Benitez  
1203-1970-00054 FIRMA

Sal. Ant. 900.

Abono                     

Saldo 900.

16

23200. Mantenimiento + reparación de Equipo + Medio de Transporte

**DIHREMAS # 2**

Une tu Moto y tu Mundo

VENTA DE MOTOCICLETAS REPUESTOS

Y TALLER AUTORIZADO

Bo. El Centro, contiguo a Helados Quiraguaras

La Esperanza, Intibucá, Honduras, C. A. • Tel. 2783-3482, Cel.: 9491-9545

Inversiones Hernández Reyes S. de R. L.

e-mail: hernandezreyes16@hotmail.com

R. T. N. 10129016813762

El Señor es mi pastor, nada me faltara.

CAI: A3AD4D-9A8359-024489-E76A21-0DAF42-44

La Esperanza Intibuca, 02 de Junio del 2022

Cliente: Municipalidad de Yamaranguila R.T.N.: 10169003429966

CANT.	DESCRIPCION	VALOR UNIT.	Rebajas/Descuento Otorgados L.	TOTAL L.
1	Candela D 8 para cambio de Motocicleta Anaranjada Técnica de Catastro.			52 17
	<u>Por caja chica</u>			



Nº. Orden de Compra Exenta:                     

Nº. Const. de Registro de Exonerados:                     

Nº. Registro S.A.G.:                     

Valor en Letras: Seenta

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

**FACTURA**  
001-001-01-00

**Nº 008837**

FIRMA AUTORIZADA

Importe Exonerado	L.	
Importe Exento	L.	
Importe Gravado 15% I.S.V.	L.	
Importe Gravado 18% I.S.V.	L.	
15% I.S.V.	L.	7 83
18% I.S.V.	L.	
Total	L.	60 00

Contado  Crédito

Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

Rango Autorizado: 001-001-01-00008751 al 001-001-01-00009350  
 Fecha Limite de Emisión: 31/03/2023 - Fecha de Recepción: 31/03/2022  
 Impresora Peña, R.T.N. 18041976009228 - Cel.: 3181-6721 • Certificado No. 9231-19-10500-150

Quebrada de Lajas. Yamaranguila 2 de Junio del 2022.

Alcalde Municipal

Su Oficina

Le saludo muy cordial y respetuosamente deseándole éxitos en sus labores Diarias y pidiéndole a nuestro creador su protección en usted y su familia.

Por este digno medio, sabiendo de su amplio espíritu de cooperación el motivo de la presente es para solicitarle a usted, por este digno medio que me apoye económicamente para la compra de medicamento para síndrome Anémico para dos meses con sulfato ferroso 300 mg + ácido fólico 1 mg por un día por dos meses, dicho tratamiento está valorado en **900 lempiras**.

Ya que soy una persona de bajos recursos económicos. Esperando su respuesta positiva.

Atentamente;

Ma. Estebana Benítez  
1016-1970-00054

Teléfono: 94-38-69-83

Aprobado caja  
de 900 Salud  
chica





GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS

# República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Ma. Estebana Benitez

No. Identidad: 

1	2	0	3	1	9	7	0	0	0	0	5	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

No. Pasaporte: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
09	sept.	1970

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: Quebrada de lajas

Número Teléfono/ Celular: 94386983

Nombre del Establecimiento de Salud: cls Yamaranguila

Código del Establecimiento de Salud: 

1	1	6	1	9
---	---	---	---	---



PAI

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

## Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre de vacunado
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	13	Agosto	2021	Mol AstraZeneca L: 210112 V: Oct. 2021	
Segunda dosis	19	11	2021	AstraZeneca Lote: -J FV: 30-11-2021	
Otras	19	MAYO	2022		
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:  
enero 2021



VALIDO HASTA: 31-12-2022



Firma y Sello del Alcalde



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente  
Ma Estebana Benitez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2022 por lo que se le extiende esta Constancia de pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

N° 620055

Yamaranguila 02-06-2022  
Lugar y Fecha

CONSTANCIA MEDICAFecha 02 Mes Junio Año 2022Nombre del Paciente Ma Estebana BenitezProcedencia Quebrada de Lajas, Ym Teléfono 94386983a

Por medio de la presente hago constar que la paciente Ma Estebana Benitez de 51 años acude con resultados de exámenes con los cuales se diagnostica con:

- Infección por H. pylori.
- Infección del Tracto Urinario.
- Anemia normocítica Normocromica.

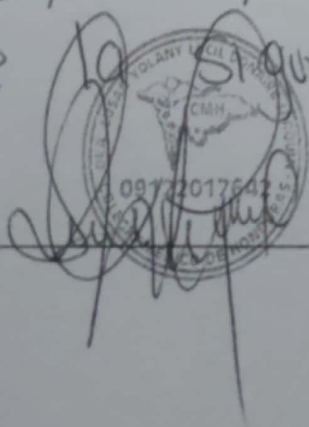
Por lo cual amerita el siguiente tratamiento:

- ✓ omeprazol 20mg c/12hs
  - ✓ Amoxicilina 500mg c/8hs
  - ✓ Claritromicina 500mg c/12hs
- Por 14 días para ambas infecciones

Posterior a terminar dicho tratamiento: iniciar tratamiento para Síndrome anémico por 2 meses con Sulfato ferroso 300mg + ácido fólico 1mg c/día por 2 meses; Paciente debe repetir Hemograma, EGO y H. pylori en 2 meses.

Se extiende la siguiente para los fines que amerita.

Firma del Medico





**Clínica Médica Amor de Dios**

Yamaranguila, Barrio La Esperanza Tel: 2783 8018

Nombre del Paciente: Ma Estebana Beritez.

Edad: 51 a

Fecha: 02/ Junio/ 2022.

R/C

Omeprazol 20mg c/12hrs  
Clarithromicina 500mg c/12hrs  
Amoxicilina 500mg c/8hrs } Por ~~14~~ 14 días

Al terminar Tx H. pylori:  
Sulfato Fosfo 300mg c/dia x 2 meses  
Acido Fólico 1mg c/dia x 2 meses

Total del tratamiento  
L 900.00

Firma Médico



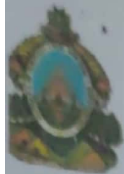












20

REPÚBLICA DE HONDURAS  
ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCÁ.



AYUDA MEMORIA

**Lugar y Fecha:** Comayagua 4 de marzo del 2022

**Actividad:** Traslado de Material Logístico de Comayagua a Yamaranguila Intibucá.

**Objetivo:** Recibimiento y traslado de material logístico 20 pupitres 16 computadoras portátil un televisor a color (mart-tv) materiales que serán utilizados para la escuela de formación de emprendedores GUANIKIRINA.

**TEMAS A TRABAJAR.**

1. El material fue entregado por la Dirección de CENET con apoyo de los técnicos.
2. Se procedió a la firma del acta de entrega, que respalda y hacer legal el apoyo de CENET hacia la municipalidad de Yamaranguila.

**Resumen**

El material se recibió a eso de las 10: 30 am, se hizo presentación del técnico de la municipalidad de Yamaranguila, de igual forma la persona contratada con vehículo para el traslado del material. También se presentó el personal de CENET mencionado sus respectivos cargos, luego la gerencia Miguel Ayala en su presentación dio a conocer todo el trabajo realizado bajo convenios con la municipalidad de Yamaranguila y producto de esa buena coordinación por años es que se está haciendo esta donación de material logístico para fortalecimiento de la escuela municipal GUANIKIRINA. De igual forma el técnico de la UTM en representación de la municipalidad de Yamaranguila dio gracias por esta donación y que este material será bien utilizado en el municipio como parte de la sostenibilidad de la escuela de formación en emprendedurismo. De igual forma manifestó que se ha hecho un buen trabajo y que los resultados ya están reflejados

Simeon Antonio Manuales Ramos






**ACTA DE ENTREGA PROVISIONAL**  
**001 - 2022**

Yo: **AMILCAR HERNAN CARRASCO CARRANZA**, en mi condición de Director Ejecutivo del CENET, en uso de las facultades delegadas por el Secretario de Estado en el Despacho de Educación, mediante Acuerdo No. 2053-SE-08 de fecha 25 de Julio de 2008, sobre la base del Decreto Legislativo No. 84-2021, artículo 8 respecto a las atribuciones del Director Ejecutivo, numerales 1, 3, 5 y 7, por este medio se hace formal entrega al señor: **SIMEON ANTONIO MANUELES RAMOS**, Técnico UTM, en representación del señor Alcalde Municipal del municipio de Yamaranguila, Departamento de Intibucá, **para su uso, cuidado, custodia**, bienes que serán utilizados en las Escuelas Municipales de Formación de Emprendedores en la Alcaldía de Yamaranguila, Intibucá, los bienes que se detallan a continuación :

No.	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE BIENES	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000026, FICHA: 520	L.956.04	L.956.04
2	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000007, FICHA: 521	L.956.04	L.956.04
3	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000008, FICHA: 522	L.956.04	L.956.04
4	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000009, FICHA: 523	L.956.04	L.956.04
5	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000010, FICHA: 524	L.956.04	L.956.04
6	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000011, FICHA: 525	L.956.04	L.956.04
7	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000012, FICHA: 526	L.956.04	L.956.04
8	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000013, FICHA: 527	L.956.04	L.956.04
9	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000014, FICHA: 528	L.956.04	L.956.04
<b>SUBTOTAL</b>				<b>L8,604.36</b>



contacto@cenet.gob.hn  
 Bo. La Caridad, Comayagua, Honduras, C.A.  
 Tel: (504) 2772-0915, (504) 2772-2102, (504) 2772-0370



*[Handwritten signature]*

1







No.	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE BIENES	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
10	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000015, FICHA: 529	L.956.04	L.956.04
11	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000016, FICHA: 530	L.956.04	L.956.04
12	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000017, FICHA: 531	L.956.04	L.956.04
13	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000018, FICHA: 532	L.956.04	L.956.04
14	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000019, FICHA: 533	L.956.04	L.956.04
15	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000020, FICHA: 534	L.956.04	L.956.04
16	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000021, FICHA: 535	L.956.04	L.956.04
17	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000022, FICHA: 541	L.956.04	L.956.04
18	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000023, FICHA: 542	L.956.04	L.956.04
19	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000024, FICHA: 543	L.956.04	L.956.04
20	1	PUPITRE: ESTRUCTURA METALICA / MADERA, SIN MARCA, COLOR: VERDE/GRIS/NEGRO, INVENTARIO No.56121506-0000005674-31122010-000025, FICHA: 544	L.956.04	L.956.04
21	1	SISTEMA DE AUDIO CONFERENCIA: MODELO 400191, MARCA: NOVIK, SERIE: S/N, COLOR: NEGRO, INVENTARIO No. 45111901-0000098434-08052019-000002, FICHA:1006	L.12,995.00	L.12,995.00
<b>SUBTOTAL</b>				<b>L.23,511.44</b>

2



contacto@cenet.gob.hn  
 Bo. La Caridad , Comayagua, Honduras, C.A.  
 Tel: (504) 2772-0915, (504) 2772-2102, (504) 2772-0370



www.cenet.gob.hn



**HONDURAS**  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

No.	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE BIENES	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
22	1	TIENDA DE CAMPAÑA: ESTRUCTURA METALICA, CON LONA, SIN MARCA, SIN SERIE, COLOR: BLANCO, INVENTARIO No. 49121503-0000020232-08052019-000002, FICHA: 1017	L.9,085.00	L. 9,085.00
23	1	TELEVISOR A COLOR (SMART TV): MODELO RC55G22S-4KSM, TAMAÑO 55", MARCA: RCA, SERIE: RC55G22S1217, COLOR: NEGRO, INVENTARIO No. 52161505-0000108075-12112021-000007, FICHA: 1058	L.15,690.00	L.15,690.00
24	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052B96H, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000020, FICHA: 1209	L.20,496.75	L.20,496.75
25	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052B97K, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000021, FICHA: 1210	L.20,496.75	L.20,496.75
26	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052BC27, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000022, FICHA: 1211	L.20,496.75	L.20,496.75
27	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052BBF4, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000023, FICHA: 1212	L.20,496.75	L.20,496.75
28	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052BCZK, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000024, FICHA: 1213	L.20,496.75	L.20,496.75
<b>SUBTOTAL</b>				<b>L.127,258.75</b>



contacto@cenet.gob.hn  
Bo. La Caridad, Comayagua, Honduras, C.A.  
Tel: (504) 2772-0915, (504) 2772-2102, (504) 2772-0370



*[Handwritten signature]*

www.cenet.gob.hn





HONDURAS  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

20

No.	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE BIENES	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
29	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052B988, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000025, FICHA: 1214	L.20,496.75	L.20,496.75
30	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052B98Q, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000026, FICHA: 1215	L.20,496.75	L.20,496.75
31	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052BCZT, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000027, FICHA: 1216	L.20,496.75	L.20,496.75
32	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052B98B, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000028, FICHA: 1217	L.20,496.75	L.20,496.75
33	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052B95Y, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000029, FICHA: 1218	L.20,496.75	L.20,496.75
34	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052B97N, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000030, FICHA: 1219	L.20,496.75	L.20,496.75
SUBTOTAL				L.122,980.50



contacto@cenet.gob.hn  
Bo. La Caridad, Comayagua, Honduras, C.A.  
Tel: (504) 2772-0915, (504) 2772-2102, (504) 2772-0370



4  
www.cenet.gob.hn





20

**HONDURAS**  
GOBIERNO DE LA REPUBLICA

No.	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE BIENES	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
35	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052BD9C, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000031, FICHA: 1220	L.20,496.75	L.20,496.75
36	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052B9YY, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000032, FICHA: 1221	L.20,496.75	L.20,496.75
37	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052B986, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000033, FICHA: 1222	L.20,496.75	L.20,496.75
38	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052BBD2, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000034, FICHA: 1223	L.20,496.75	L.20,496.75
39	1	COMPUTADORA PORTATIL: MODELO 14- CF2074LA, PROCESADOR CORE Í5, PANTALLA 14", DISCO DURO 256 GB, MEMORIA RAM 8 GB, VELOCIDAD 3.50 GHZ, TARJETA DE RED 10/100/1000, MARCA: HEWLETT PACKARD HP, SERIE: 5CG052B93Z, COLOR: GRIS/NEGRO, INVENTARIO No. 43211508-0000106691-16112021-000035, FICHA: 1224	L.20,496.75	L.20,496.75
		.....ULTIMA LINEA.....		
		<b>SUBTOTAL</b>		L.102,483.75
		<b>GRAN TOTAL</b>		<b>L.384,838.80</b>

5

Dado en la ciudad de Comayagua a los 04 días del mes de marzo de 2022.

**SIMEON ANTONIO MANUELES RAMOS**  
Técnico UTM  
Ident. No. 1016-1976-00262

**AMILCAR HERNAN CARRASCO**  
Director Ejecutivo CENET  
Ident. No. 0714-1967-00053



contacto@cenet.gob.hn  
Bo. La Caridad, Comayagua, Honduras, C.A.  
Tel: (504) 2772-0915, (504) 2772-2102, (504) 2772-0370

www.cenet.gob.hn