

No. _____

DIA	MES	AÑO
01	08	22

Recibí de: Alcaldia de Caridad, Valle

La Suma de: Mil Lempiras Exactos

_____ Lempiras

Por: Ayuda Social por concepto de Salud! Para realizarse
exámenes medicos

Por: L.

1,000.00

Dilcia Ioheni Alvarado
FIRMA

1707-1994-00377



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Dilcia Lohenys Alvarado Gomez

NUMERO DE IDENTIDAD: 1707-1994-00377

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social por Salud! Para realizarse Exámenes
medicos.

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 1,000.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Lempiras

FECHA: 01/08/22

Dilcia Loheni Alvarado
FIRMA DEL SOLICITANTE

1707-1994-00377
Nº DE IDENTIDAD



FIRMA DEL ALCALDE [Signature]

TESORERO [Signature]

Foto

Otilia Flacundo.

18-7-22.

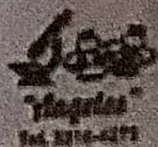
1707 1994 00377

~~Roberto~~ ~~Flacundo~~

Flacundo

Demigómez





LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS "ANGELES"
DIRECCION: CARIDAD-VALLE, HONDURAS.
Cel: 316-4273

NOMBRE DEL PACIENTE: DILCIA ALVARADO
FECHA: 27 DE JULIO DEL 2022 EDAD: 28^a

QUIMICA SANGUINEA

EXAMENES	RESULTADOS	VALOR DE REF.
GLUCOSA		70 - 110 mg/dl
COLESTEROL		HASTA 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	185 mg/dl	HASTA 150 mg/dl
ACIDO URICO		2.0 - 6.0 mg/dl
UREA		10 - 50 mg/dl
CREATININA		0.4 - 1.4 mg/dl
TGO		MUJER HASTA 31 U/L HOMBRES HASTA 38 U/L
TGP		MUJERES HASTA 32 U/L HOMBRES HASTA 40 U/L
BILIRRUBINA TOTAL		0.2 - 1.2 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.0 - 0.4 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		MENOR 0.7 mg/dl



DIA

MES

AÑO

03

08

22

POR LPS.

1,000.00

Nº _____

Recibí de:

Alcaldia de Caridad, Valle

La cantidad de:

Mil Lempiras Exactos

Lempiras

Por concepto de:

Ayuda Social por Salud para

Compra de Medicamentos

Sal. Ant.

Abono

Saldo Actual



Firma Autorizada



República de Honduras
ALCALDIA MUNICIPAL DE CARIDAD
 Departamento de Valle
 "Tierra De Agricultores y Cuna De Pintores"
 R.T.N. 17059995437725



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Comunicación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Aurora Ramos

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1985-00766

CONCEPTO DE LA AYUDA: Social por concepto de Salud: Para gastos medicos y compra de medicamentos

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 7,000.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Lempiras Exactos

FECHA: 03/08/22



FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-1985-00766

Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: Francisco Ramos

(Handwritten signature of Francisco Ramos)



TESORERO

(Handwritten signature of the Treasurer)







ALCALDIA MUNICIPAL DE CARIDAD, DEPARTAMENTO DE VALLE
PLANILLA DE PAGO DE TRABAJADORES



CONCEPTO: Planilla de Trabajo Aseo Mini feria
LUGAR: Caridad, Valle

FECHA: 09/08/2022

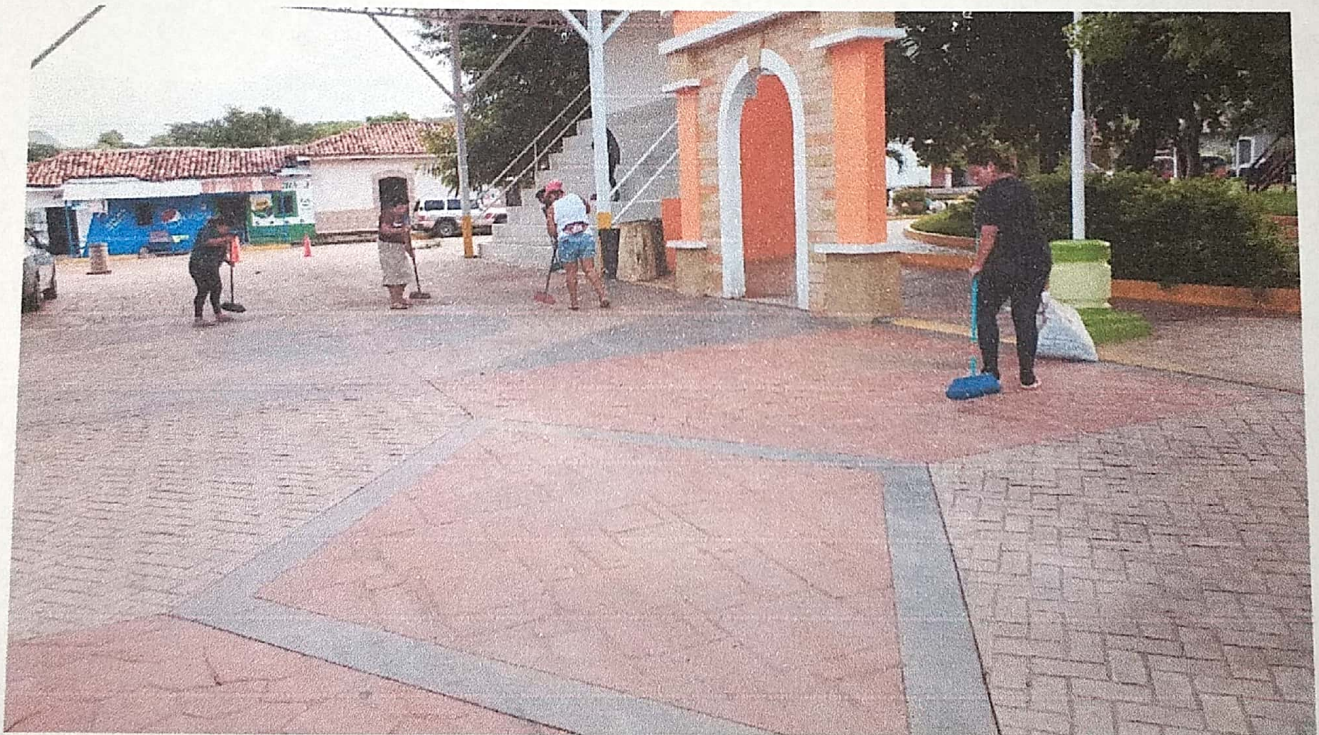
Nº	Nombre Completo	Identidad	Dias Trabajados	Valor de Pago Por dia	Valor pagado Total	FIRMA
1	MEYLIN IRISNEYDA ZUNIGA VILLALOBOS	1705-1997-00085	1	200.00	200.00	Meylin Zuniga
2	KARLA GABRIELA HERNANDEZ	1705-1995-00108	1	200.00	200.00	<i>[Handwritten signature]</i>
3	LILIAN YAMILETH SARAVIA MEDRANO	1705-1977-00081	1	200.00	200.00	LILIAN S. M.
4	NIDIA YADIRA MALDONADO ARIAS	1705-1996-00074	1	200.00	200.00	Nidia Yanira
5	MARIA NIEVES HERNANDES	1701-1972-00234	1	200.00	200.00	Maria Nieves H.
6	BERTA ALICIA CONTRERAS ROMERO	1705-1992-00028	1	200.00	200.00	Berta Alicia Contreras
TOTAL			6	200.00	1,200.00	

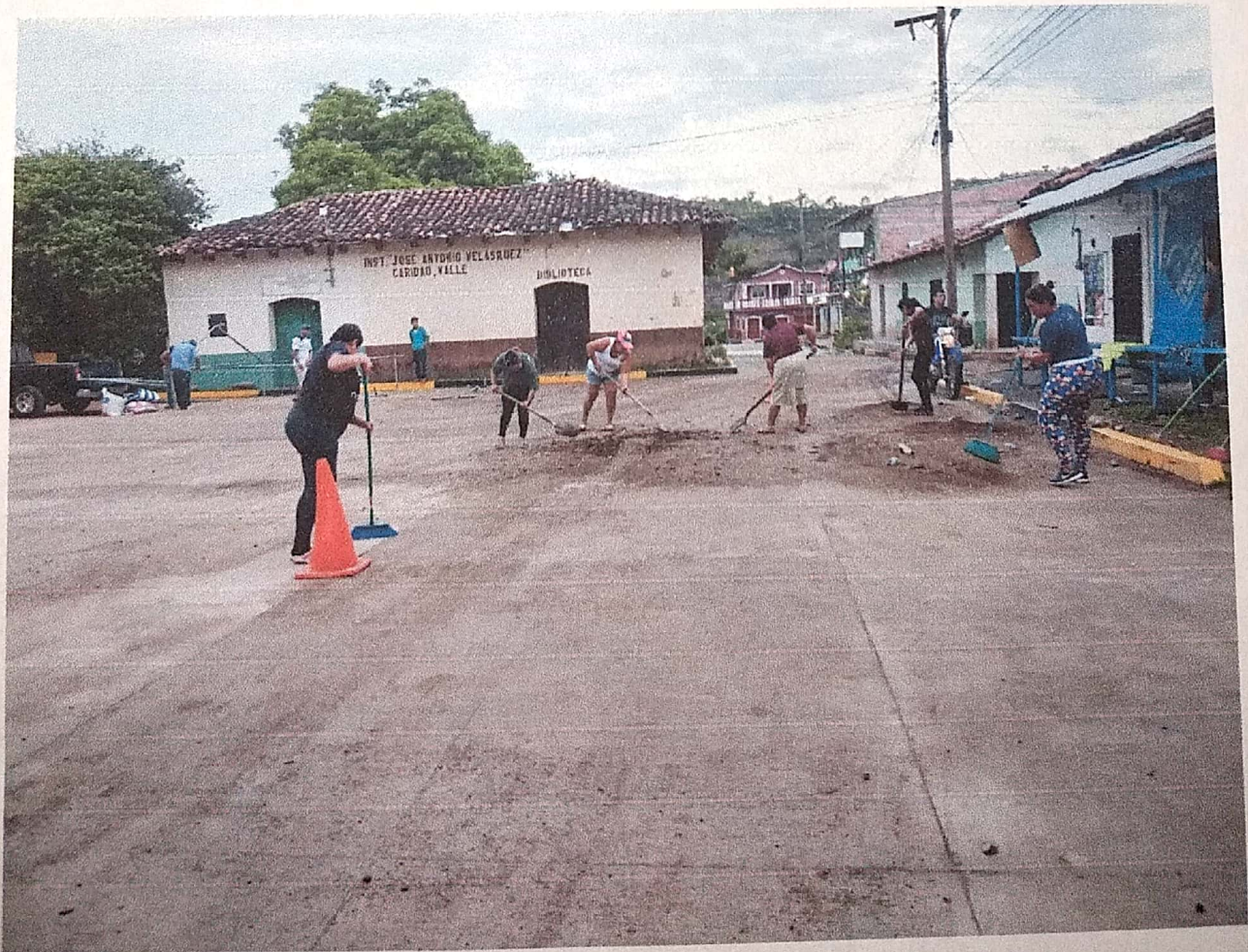
[Handwritten signature]
Vo.Bo. Alcalde Municipal



[Handwritten signature]
Tesorera Municipal







DIA

MES

AÑO

15

08

22

POR LPS.

7,000.00

Nº _____

Recibí de:

Alcaldia de Caridad, Valle

La cantidad de:

Mil Lempiras Exactos

Lempiras

Por concepto de:

ayuda Social por Salud: Para tratamiento medico y compra de medicamentos de su hijo Juan Jose Nuñez H.

Sal. Ant.		
Abono		
Saldo Actual		

Marcia yanelh J

Firma Autorizada



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Marcia Janeth Simenez Hernandez

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1990-00105

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social por concepto de Salud. Para tratamiento medico y compra de medicamentos de su hijo Juan Jose Nuñez Simenez.

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 1,000.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Lempiras

FECHA: 15/08/22

Marcia Janeth J
 FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-1990-00105
 N° DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: [Firma]



[Firma]
 TESORERO



Foto

Tuan José Núñez Jiménez

15/02/21

Edad: 30

SpO₂ 88% ↓ Fv: 170x T° 36°C

Dx: Neumonia basal izquierda

Tx: Ceftriaxona (1g) IM 8/8h

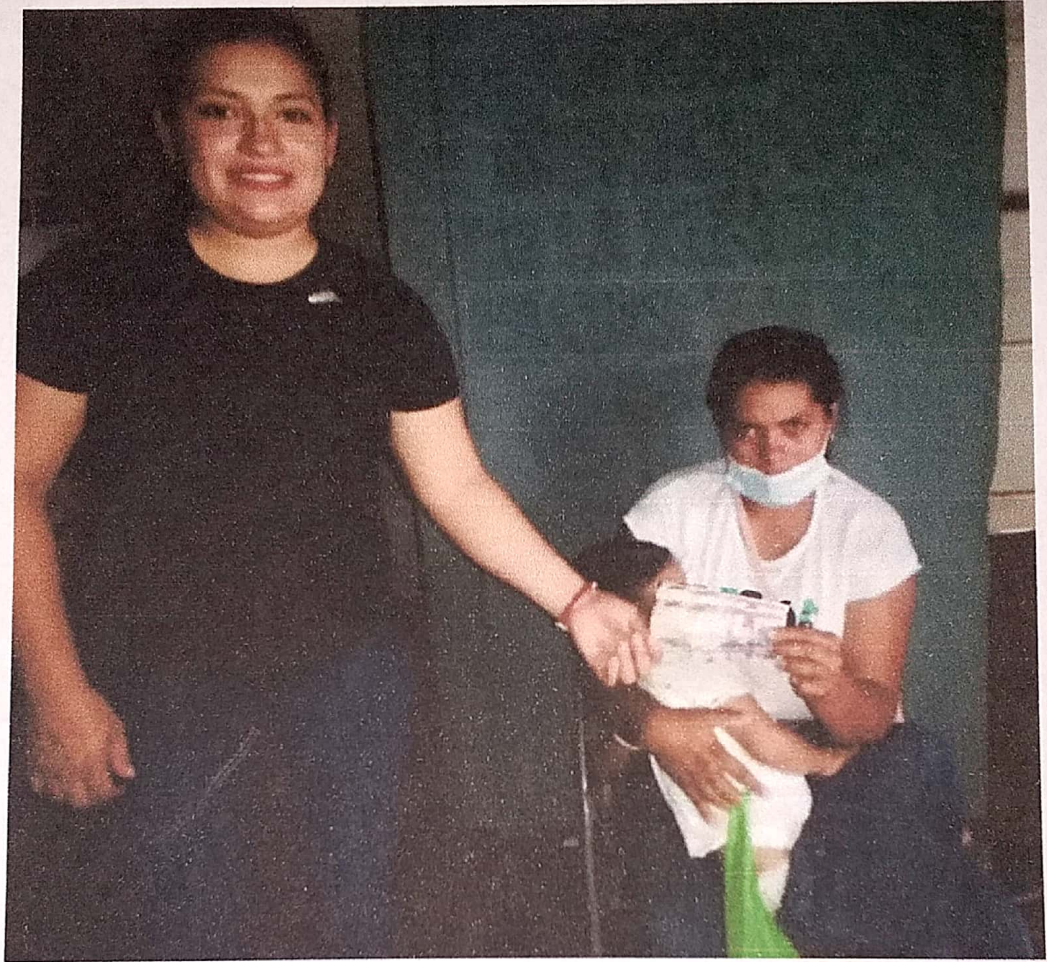
- Amoxicilina (1g) IM 8/8h

- Nelecan Gen 300 S/N + 10 gotas

Movent H₂
oral

Dr. Kumi H. Solorzano

Dr. Kumi H. Solorzano



DIA

MES

AÑO

10

08

22

POR LPS.

7,000.00

Nº _____

Recibí de: Alcaldia de Caridad, Valle

La cantidad de: Mil Lempiras Exactos Lempiras

Por concepto de: Ayuda Social por salud para Exámenes médicos.

Sal. Ant.		
Abono		
Saldo Actual		

Keonila Jeanneth R
Firma Autorizada



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Leonila Jeanette Ramirez Medina

NUMERO DE IDENTIDAD: 0319-1997-00513

CONCEPTO DE LA AYUDA: Social por concepto de Salud: Para Analisis
 medicas especializadas.

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 1,000.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Lempiras

FECHA: 18/08/22

Leonila Jeanette R
 FIRMA DEL SOLICITANTE

0319-1997-00513
 N° DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: Francisco P. Medina
 TRESORERO



Leonora Vanet-Romero.

29/06/22.

Edad: 25 años

- H. Pylori en Hees.
- Hemograma Completo.
- E.G. Orina.





DIA

MES

AÑO

17

08

22

POR LPS.

965.58

Nº _____

Recibí de: Alcaldia de Caridad, Valle

La cantidad de: Novocientos Sesenta y Cinco Lempiras con 58 ctv **Lempiras**

Por concepto de: Ayuda Social que recibe para compra de medicamentos

Sal. Ant.		
Abono		
Saldo Actual		

Jehú Ana Raudul

Firma Autorizada

0803-1959-00451





Don
 Rubén
 lo
 Compro



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Silvia Ana Raudobles Amazola

NUMERO DE IDENTIDAD: 0803-1959-00451

CONCEPTO DE LA AUYDA: Ayuda Social Por Salud! Para compra de medicamentos.

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 965.58

CANTIDAD DE LETRAS: Novecientos Sesenta y Cinco con Cincuenta y Ocho Centavos

FECHA: 17 De Agosto 2022.

Silvia Ana Raudobles
 FIRMA DEL SOLICITANTE

Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: Francisco Raudobles
 TRESORERO

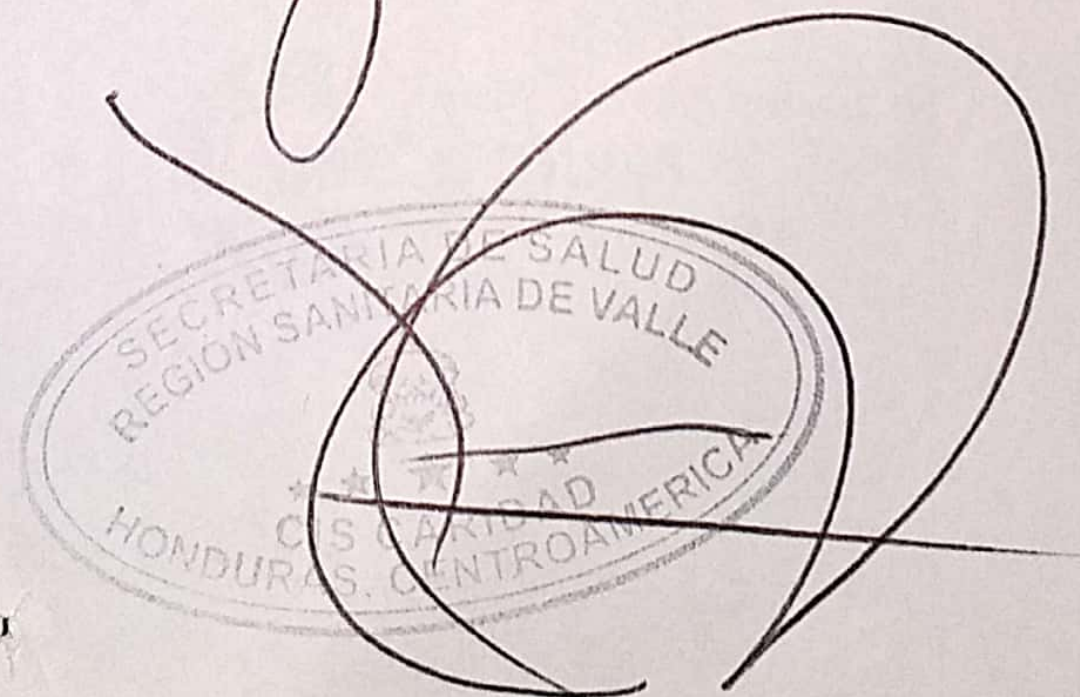


Silvia Ann Pineda 016-8-22.
1705 2020 0022 62.

Ex Forge HET: 5/160/12.5.

1 An no Opin

1 Cym





FACTURA
 SUPER FARMACIA SIMAN S.A
 COMAYAGUA DS
 BARRIO TORONDON, FRENTE A PIHTACASA

Oficina Principal
 Barrio El Berque, S/cale. 6 avenida S.O., San Pedro Sula, Cortés, SAN PEDRO SULA

TELS.: 2553-0321 / 3380-5138 Ext. 4152 R.T.N.: 05019999180979
 Correo: representantelegal@siman.com

FACTURA: 158-005-01-00000748
 C.A.I.: CF02FB-CFCEFD-9540AC-AEB63A-0C0229-C9
 Rango Autorizado: 158-005-01-00000001 a 158-005-01-00050000
 Fecha Límite de Emisión: 21/07/2023
 Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

R.T.N. / Ident.: 1705995437725

Nombre: ALCALDIA MUNICIPAL DE CARIDAD VALLE

Adquiriente Exonerado:
 No Orden de Compra Exenta:
 No Constancia Reg. Exonerado:
 No Registro SAG:

Código: 263109

15-agosto-2022 4:10 p.m.

Vendedor: LUCI MALDONADO MALDONADO

CF001-0000 CONTADO

FRANCISCO RUBEN TURCIOS RODRIGUEZ

EXFORGE HCT 5/160/12.5MG X28 COMNDDS\$

1.00 CJ L. 1,287.44 L. 965.50

IMPORTE EXONERADO L.:	0.00
IMPORTE EXENTO L.:	1287.44
IMPORTE GRAVADO 15% L.:	0.00
IMPORTE GRAVADO 18% L.:	0.00
DESCUENTOS POR PRODUCTO L.:	321.86
DESCUENTOS TERCERA EDAD L.:	0.00
DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L.:	321.86
SUB TOTAL L.:	965.58
IMPUESTO SELECTIVO 18% L.:	0.00
I.S.V. 15% L.:	0.00
TOTAL A PAGAR L.:	965.58

Valor en Letras: NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO TEMPIRAS
 CON CINCUENTA Y OCHO CENTAVOS

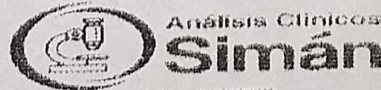
USTED SE AHORRÓ L. 321.86

Con tu tarjeta de crédito Simán BiniPlus, recibes un cash back de L.L.
 96.56

FRANCISCO RUBEN TURCIOS RODRIGUEZ

PUNTOS GANADOS: 965
 PUNTOS ACUMULADOS: 4712

Realiza tus
 exámenes de
 laboratorio en:



2516-1010 3186-3860

COMPRA EN LÍNEA

www.farmaciasiman.com



Tipo Pago: Efectivo

Resolución DGCEFA ISY-0001-2020 aplicada para Gel de Manos y Mascartillas.
 No se aceptan devoluciones después de sesenta (60) días de la fecha de la
 factura. En compras con tarjetas de crédito, si desea devolución de efectivo,
 se retendrá la comisión bancaria.

Advertencia: cualquier medicamento podría causar alergia o efectos
 secundarios a algunos pacientes. Antes de consumirlos, asegúrese que usted
 no es alérgico a estos productos y verifique que el ingrediente activo y las
 indicaciones sean las indicadas. No se aceptan cambios o devoluciones en

COCINA MUNICIPAL DE
LA MUJER

