

No. _____

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 25 | 08 | 22 |

Recibí de: Alcaldia Municipal de Caridad, Valle

La Suma de: Mil Quinientos Lempiras Exactos

Lempiras

Por: ayuda Social que recibe por concepto de salud para
realizarse analisis medicos y compra de medicamentos a su
hijo Cesar Alejandro Medrano Chavris

Por: L. 1,500.00

Joselyn Vannesa Chavris
FIRMA



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: Corporación Municipal de Caridad Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Josseyva Vanessa Chavarria Licona

NUMERO DE IDENTIDAD: 0301-1993-03667

CONCEPTO DE LA AYUDA: Social que recibe por Concepto de Salud: Para realizarle analisis medicos y compra de medicamentos a su hijo Cesar Alejandro Medrano Chavarilla

CANTIDAD SOLICITADA: Lps Mil Quinientos Lempiras Exactos

CANTIDAD DE LETRAS: L 1,500.00

FECHA: 25/08/22

Josseyva Vanessa Chavarria L.
 FIRMA DEL SOLICITANTE

Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE José Luis Ramos



TESORERO

FIRMA DEL TESO


REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL "SANTA TERESA"
RECETARIO NACIONAL

Serie "B" Nº 29004

| | | | |
|----------------|--------------|----------|--|
| Fecha | 5/9/22 | | |
| Paciente | Oscar Medina | | |
| No. Expediente | 367 | | |
| Edad: 10 | Sexo: M | Cama: 28 | |
| Servicio Sala: | 4 piso | | |
| C.E. | Emerg. (Pde) | | |

- Cefixima (Zaflex)
400 mg w/d
x 5d
5

- Mt C 500mg w/d
10 dias



Firma y Registro / Despachado por:

HOSPITAL GENERAL SANTA TERESA

PETICIÓN: 2241-0081
IDENTIDAD: 1705-2012-00006
NOMBRE: CESAR ALEJANDRO MEDRANO
EDAD: 11 Años **SEXO:** Masculino
SERVICIO: EMERGENCIA

FECHA INGRESO: 29 ago 2022 08:23:43
VALIDACIÓN:
COMENTARIOS:

| | RESULTADO | | VALORES DE REFERENCIA | |
|---|-----------|-----------------------|-----------------------|--------|
| Hemograma | | | | |
| Fórmula Blanca | | | | |
| Leucocitos Totales | 6.20 | 10 ³ /uL | 4.50 | 13.5 |
| Linfocitos # | 2.10 | 10 ³ /uL | 1 | 4 |
| Monocitos # | 0.40 | 10 ³ /uL | 0.10 | 0.70 |
| Gran # | 3.70 | 10 ³ /uL | 2.5 | 8.0 |
| Linfocitos % | 33.60 | % | 25 | 40 |
| Monocitos % | 6.10 | % | 2.00 | 8.00 |
| Gran % | 60.30 | % | 50 | 70 |
| Fórmula Roja | | | | |
| Eritrocitos | 4.50 | 10 ⁶ /UL | 4.50 | 6.50 |
| Hemoglobina | 13.00 | g/dL | 12 | 16 |
| Hematocrito | 37.30 | % | 36.00 | 49.00 |
| Volumen Corpuscular Medio (VCM) | 82.90 | fL | 80.00 | 100.00 |
| Concentración Media de Hb CMH | 28.90 | pg | 26.00 | 32.00 |
| Concentración Hemoglobina Corpuscular Media | 34.90 | g/dL | 32 | 36 |
| RDW-CV | 13.20 | % | | |
| RDW-SD | 39.20 | | | |
| Serie Plaquetaria | | | | |
| Plaquetas | 300 | x 10 ³ /uL | 150 | 500 |
| Método : Impedancia eléctrica | | | | |
| Amplitud de Distribución Plaquetario | 15.30 | | 9.00 | 17.00 |
| Volumen Plaquetario Medio VPM | 8.40 | fl | 9.00 | 17.00 |
| Plaquetocrito (PCT) | 0.25 | % | 0.10 | 0.28 |

Validó: Marlyn Flores



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: Cooperación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Norma Lícida Ramos Bonilla

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1953-00022

CONCEPTO DE LA AYUDA: Social que recibe por salud. Para gastos de traslado y medicos para su hijo Lenis Donaris Maldonado Ramos

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 7,000.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Lempiras Exactos

FECHA: 26/08/2020

Norma Lícida RB
FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-1953-00022
Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE [Firma] TESORERO



DÍA
12

MES
09

AÑO
22

POR LPS. 2,000.00

N° _____

Recibí de: Alcaldía de Caridad, Valle

La cantidad de: Dos Mil Lempiras Exactos **Lempiras**

Por concepto de: ayuda Social que recibe por concepto Para compra de gastos de traslado y maestros de su hija: Kattia Melissa Moreno Amaya, a Labor y Parto

| | | |
|---------------------|--|--|
| Sal. Ant. | | |
| Abono | | |
| Saldo Actual | | |

R.M.
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: Corporación Municipal

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Román Saído Moreno

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1980-000360

CONCEPTO DE LA AUYDA: que recibe por concepto de Salud: Para gastos de traslado y medicos de su hija katia Melisa Moreno Amaya, a Labor y parto


CANTIDAD SOLICITADA: Lps 2,000.00

CANTIDAD DE LETRAS: Dos Mil Lempiras Exactos

FECHA: 12/09/22

R M. 
 FIRMA DEL SOLICITANTE

Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE Francisco...  TESORERO



DIA

MES

AÑO

12

09

22

POR LPS.

7,500.00

Nº _____

Recibí de: Alcaldía de Corozal, Valle

La cantidad de: Mil Quinientos Lempiras Exactos Lempiras

Por concepto de: ayuda Social que recibe por Salud: Para Analisis
medicos y compra de medicamentos.

| | | |
|--------------|--|--|
| Sal. Ant. | | |
| Abono | | |
| Saldo Actual | | |

Pedro Pablo

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: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Pedro Pablo Yanes Rios

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1989-00131

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social por Salud: Para analisis medtras y Compra de medicamentos

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 1,000

CANTIDAD DE LETRAS: _____

FECHA: 19 de septiembre

pedropablo
 FIRMA DEL SOLICITANTE

 N° DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: Josue P. [Signature]
 ALCALDE MUNICIPAL
 DEPARTAMENTO DE VALLE
 CARIDAD, VALLE
 T. 1705 9995 437725

[Signature]
 ALCALDE MUNICIPAL
 DEPARTAMENTO DE VALLE
 CARIDAD, VALLE
 T. 1705 9995 437725

DIA

MES

AÑO

14

09

22

POR LPS.

1,500.00

Nº _____

Recibí de: Alcaldia de Caridad, Valle

La cantidad de: Mil Quinientos Lempiras Exactos Lempiras

Por concepto de: ayuda Social que recibe por salud: Para realizarse analisis medicos y compra de medicamentos

| | | |
|--------------|--|--|
| Sal. Ant. | | |
| Abono | | |
| Saldo Actual | | |

Nolvia Marieli

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: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Nolvia Mariely Jimenez Arias

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-2003-00415

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social que recibe por concepto de Salud: Para
realizarse analisis medicos y compra de medicamentos

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 7,500.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Quinientos Lempiras Exactos

FECHA: 14/09/2022

X Nolvia Mariely
FIRMA DEL SOLICITANTE

Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE Francisco Jimenez



POLICLINICO NACAOME

Bo. Las Brisas

RECETA MEDICA

Paciente Rosebelly Sanchez

Dirección _____

Exp. _____ Edad 1m Fech. Nac. _____

ID: _____ Fech. Atención _____

DX(código): _____

Tx:

Quoste
Sabaero
de a Pox 1cm
de Aduent

Qte. 13 meses

Dr Izogork
96643405



Firma y sello del Medico

DIA

MES

AÑO

14

09

2022

POR LPS.

7,500.00

Nº _____

Recibí de: Alcaldía de Caridad, Valle

La cantidad de: Mil Quinientos Lempiras Exactos Lempiras

Por concepto de: ayuda Social por salud! Para realizarse analisis medicos y compra de medicamentos

| | | |
|--------------|--|--|
| Sal. Ant. | | |
| Abono | | |
| Saldo Actual | | |

Wendy Lidia RB

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: Norma Licida Ramos Bonilla

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Norma Licida Ramos Bonilla

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1953-00022

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social que recibe por concepto de Salud; Para
realizarse analisis medicos y compra de medicamentos

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 1,500.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Quinientos Lempicos Exactos

FECHA: 14/09/2022

Norma Licida RB
FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-1953-00022
N° DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: Juanico Ramos

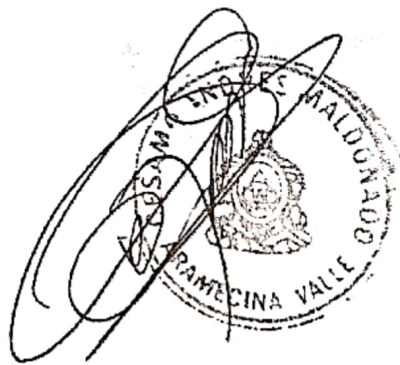


[Firma]



Dr. ENANOMALO
IZALUOGO

Se refiere a norma liceo
Nanos, Ofu, con hist-
ria de inversión de peso
de mano i rquencia, pronto
+ eduro. se refiere a
Mano grafia





PULPERIA Y COMEDOR MIRIAM

De: Alba Mirian Romero

Esquina Opuesta a la Plaza Central,
B. El Centro, Caridad, Valle, Honduras C.A.
mirianromero052@gmail.com Cel: 3264-3163

RTN: 17051973001778

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 29 | 09 | 22 |

FACTURA N° **000-001-01-00000404**

CONTADO CREDITO

CAI: 9B3D63-5809A0-734391-85B3EF-EA1CF3-23 R.T.N.:

Cliente: Alcaldia municipal
Dirección: Caridad Valle

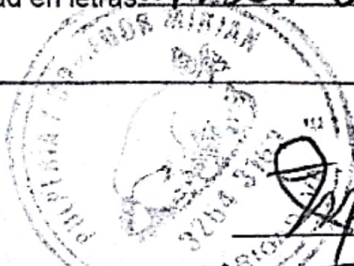
GRAFICOS Y MAS DE DOBLIAS FLORES 1/22 CUADRA AL ESTE DE IGLESIA LA MERCED RTN 07031979012632 / RTN CRI. 9231-15-10500-1407 / CII-3163-5151 / 9954-5333

| CANT. | DESCRIPCIÓN | Precio Unitario | Decuentos y Rebajas | TOTAL |
|-------|--------------------|------------------|---------------------|-------------------|
| 30 | libras de pollo | 30 ⁰⁰ | | 900 ⁰⁰ |
| 1 | fardo fresco 3/1 | 350 | | 350 ⁰⁰ |
| 2 | Bolsas cafeayo | 75 ⁰⁰ | | 150 ⁰⁰ |
| 4 | paquetes platos | 25 ⁰⁰ | | 100 ⁰⁰ |
| 4 | paquete Vasos N/10 | 35 | | 140 ⁰⁰ |
| 2 | paq. Vasos | 20 ⁰⁰ | | 40 ⁰⁰ |
| 1 | Estro ojo | 30 | | 30 ⁰⁰ |
| 4 | paq Tenedores | 15 | | 60 ⁰⁰ |
| | moto Topi | 30 | | 30 |

Datos del Adquiriente Exonerado

Número de Orden De Compra Exenta: _____
Número Constancia De Registro de Exonerados: _____
Número Registro de la SAG: _____
RANGO AUTORIZADO: 000-001-01-00000401 / 000-001-01-00000450
FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 19/11/2022

Cantidad en letras: mil ochocientos



Alba Mirian Romero
FIRMA

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| SUB-TOTAL | L. _____ |
| IMPORTE EXENTO ISV | L. _____ |
| EXONERADOS | L. _____ |
| IMPORTE GRAVADO 15% | L. _____ |
| IMPORTE GRAVADO 18% | L. _____ |
| DECUENTOS Y REBAJAS | L. _____ |
| 15% IMP. S/V | L. _____ |
| 18% IMP. S/V | L. _____ |
| TOTAL | L. 1800⁰⁰ |

Original: Cliente / Copia: Obligado Tributario Emisor

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS IEXIJALA;



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: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Lesli Dalila Frater Amadas

NUMERO DE IDENTIDAD: 1207-1969-00057

CONCEPTO DE LA AUYDA: Para Gastos Funerios de ~~pe~~ Ritza
Dolores Frater Amador (Q.D.D.G.)

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 7,800.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil ochocientos Lempiras

FECHA: 31/01/2022

FIRMA DEL SOLICITANTE

Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE:

TESORERO



PULPERIA Y COMEDOR MIRIAM

De: Alba Mirian Romero

RTN: 17051973001778

Esquina Opuesta a la Plaza Central,

B. El Centro, Caridad, Valle, Honduras C.A.
mirianromero052@gmail.com Cel: 3264-3163

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 29 | 09 | 22 |

FACTURA No.

000-001-01-00000388

Contado

Crédito

Nombre:

Alcaldía Municipal

Dirección:

Caridad Valle

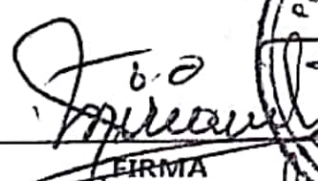

R.T.N.:

GRAFICOS Y MAS DE DOUBLAS FLORES 1 1/2 CUADRA AL ESTE DE IGLESIA LA MERCED R.T.N. 07031979012632 / N° CERT. 9231-15-10500-140/ CEL: 2722-0061 / 9954-5333

| CANT. | DESCRIPCIÓN | Precio Unitario | Descuentos y Rebajas | TOTAL |
|-------|--------------------|-----------------|----------------------|--------|
| 4 | pescas 3 libras | | 65 | 455 00 |
| 12 | libros de pollo | | 30 | 360 00 |
| 10 | paquetes con queso | | 20 | 200 00 |
| 12 | libros arroz | | 13 | 156 00 |
| 4 | paquetes Vagos | | 35 | 140 00 |
| 4 | platos | | 25 | 100 00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

RANGO AUTORIZADO: 000-001-01-00000351 / 000-001-01-00000400
 CAI: 28637F-A7CA4D-7541BD-70B857-5277F5-D8
 FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 04/10/2022
 LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS ¡EXIJALA!

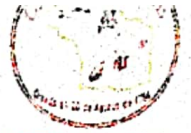
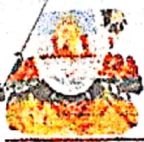
| | |
|----------------------|------------|
| SUB-TOTAL | L. |
| IMPORTE EXENTO ISV | L. |
| IMPORTE EXONERADOS | L. |
| IMPORTE GRAVADO 15% | L. |
| IMPORTE GRAVADO 18% | L. |
| DESCUENTOS Y REBAJAS | L. |
| 15% IMP. S/V | L. |
| 18% IMP. S/V | L. |
| TOTAL A PAGAR | L. 1411 00 |

Firma: 
 FIRMA


Total en letras L: mil cuarenta y once 00/100

Datos del Adquiriente Exonerado

| | | |
|---|--|---|
| N° Correlativo De Orden De Compra Exenta: | N° Correlativo De Constancia De Registro de Exonerado: | N° Identificativo Del Registro De La SAG: |
| | | |



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Dania Melissa Romero Romero

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1989-00126

CONCEPTO DE LA AYUDA: Social para gastos funebres de la Señora^o
Eva Orbelina Romero Romero


CANTIDAD SOLICITADA: Lps 1,477.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Cuatrocientos Once Lempras

FECHA: 29/09/2022

X Dania Melissa Romero Romero
 FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-1989-00126
 N° DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: Francisco P.  TESORERO

