



ALCALDÍA MUNICIPAL DE OROPOLÍ

El Paraíso, Honduras, Centroamérica

Email: alcaldiaoropoli2022@gmail.com

RTN: 0709903207801



HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPUBLICA

DIA	MES	AÑO

N° 0000 _____

RECIBO

Lps. _____

Recibí de la Tesorería Municipal de Oropoli, Departamento de El Paraíso,

La suma de _____ Lempiras exactos (Lps. _____) por

concepto de:

PAGO CONFORME A:

EFECTIVO

CHEQUE N° _____

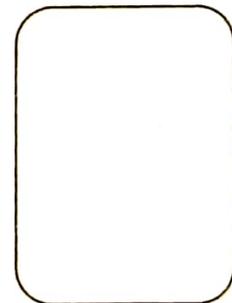
N° CUENTA _____

NOTA DE DEBITO _____

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

DNI: _____ - _____ - _____



Huella

Luis Manuel Osorio López
Alcalde Municipal
Autoriza

Juana Jamieth Vásquez Pérez
Tesorera



ALCALDÍA MUNICIPAL DE OROPOLÍ

El Paraíso, Honduras, Centroamérica

Email: alcaldiaoropoli2022@gmail.com

RTN: 0709903207801



SOLICITUD

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
NOMBRES:	FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
DNI: _____-_____-_____	GENERO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DIRECCION RESIDENCIA:	MUNICIPIO: Oropoli
DEPARTAMENTO: El Paraíso	DIRECCION:
ESTADO CIVIL: SOLTERA (O) <input type="checkbox"/> CASADA (O) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDA (O) <input type="checkbox"/>	NUMERO CELULAR: _____-_____

CAUSA DE LA AYUDA

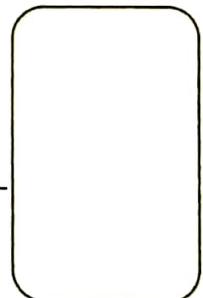
ECONOMICA <input type="checkbox"/>	SALUD <input type="checkbox"/>	ALIMENTO <input type="checkbox"/>	MEJORAMIENTO VIVIENDA <input type="checkbox"/>
AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTIL <input type="checkbox"/>	

DESCRIPCION DE LA AYUDA: _____

y para los fines que el interesado estime conveniente se extiende la presente a los _____ días del mes de _____ del año 2023.

Luis Manuel Osorio López
Alcalde Municipal
Aprobación

Firma del Solicitante



Huella



ALCALDÍA MUNICIPAL DE OROPOLÍ

El Paraíso, Honduras, Centroamérica

Email: alcaldiaoropoli2022@gmail.com

RTN: 0709903207801



HONDURAS
REPUBLICA DE HONDURAS

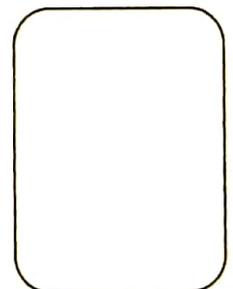
ACTA DE RECEPCIÓN

Por la presente que suscribe la Alcaldía Municipal de Oropoli, Departamento de El Paraíso, deja constar que el día _____ del mes de _____ del año 20_____, por solicitud de la Sra. (o) _____, con DNI: _____, Y domicilio _____, se procedió a la recepción de: _____

Fue recibido en Condición SASTIFACTORIA y para constancia se presenta la presente ACTA.

Luis Manuel Osorio López
Alcalde Municipal
Autoriza

Firma



HUELLA

