



## Reposiciones del Fondo en Avance de Caja Chica

Moneda: Lempiras (L)

Emisión: 29/6/2023  
Hora: 03:05 p.m.  
Pagina: 1 de 1

Honduras, C.A.

Expediente No.: 41

No. Rendición: 7021150

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DEL GASTO	SUB-TOTAL	TOTAL	RETENCIONES	LIQUIDO
SERIE: 01-04-07-08-09-11 12 00 000 003 000 54110 11-001-01	NUMERO: 01-04-07-08-09-11 Ayuda social salud a la señora Ada Perez Hernandez de la Comunidad de Cofradia./Pago de areglo flora para Q.D.D.G.Victorina Ramos Mejia./ Ayuda social Salud a la señora Manuela Rodriguez Lopez de la Comunidad del Tablon./Ayuda Social Salud a la señora Ana Guadalupe Gomez Reyes del Barrio Morazan./Ayuda Social Salud a la Señora Marta Orellana del Barrio Buenos Aires./Ayuda Social Salud a la señora Maria Isolina Lorenzo Perez de la Comunidad de Horcones.	4,680.00			
		Total Factura:	4,680.00	0.00	4,680.00
SERIE: 02 01 00 000 002 000 26210 11-001-01	NUMERO: 02 Pago de alimetacion Alcalde Municipal para reunion con Ing.Urbina CEPUDO, en Ojojona.	603.75			
		Total Factura:	603.75	0.00	603.75
SERIE: 03-05 11 03 000 002 000 54110 11-001-01	NUMERO: 03-05 Ayuda Social educacion al niño, Odín Antonio Reyes Lemuz de la Comunidad del Tablon./Ayuda Social Salu al niña Meily Pahola Perez Vasquez de la Comunidad de Cofradia.	1,500.00			
		Total Factura:	1,500.00	0.00	1,500.00
SERIE: 06-10 13 02 000 003 000 54110 11-001-01	NUMERO: 06-10 Ayuda Social Salud al señor Hector Manueles Rivas de la Comunidad de Guascotoro./Ayuda Social Salud al señor Beato Diaz dela Comunidad de la Puerta.	2,000.00			
		Total Factura:	2,000.00	0.00	2,000.00
SERIE: 12 03 00 000 004 000 21430 11-001-01	NUMERO: 12 Pago de telefonia celular Alcalde Municipal de Yamaranguila Cel.98-95-98-33	639.24			
		Total Factura:	639.24	0.00	639.24
SERIE: 13 03 00 000 004 000 21420 11-001-01	NUMERO: 13 Pago de Telefonía Fija Alcaldía Municipal de Yamaranguila Tel.783-80-80.	275.15			
		Total Factura:	275.15	0.00	275.15
SERIE: 14 03 00 000 004 000 39100 11-001-01	NUMERO: 14 Pago de elementos de limpieza como ser papel higienico, cloro, bolsas. para uso de oficinas Municipales.	301.86			
		Total Factura:	301.86	0.00	301.86
			<b>Total:</b>		<b>10,000.00</b>

Fuente Especifica	Nombre de la Fuente	Monto Total
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	10,000.00
<b>Total Fuentes Especificas:</b>		<b>10,000.00</b>

Código	RETENCIONES	Monto
<b>Total Retenciones:</b>		<b>0.00</b>

+js/j9JmDSDNVgyk0AdNmwlIBtyBSr6lDwd4h7RV39/MexfuJ7khBqEydnc7cknbnmq2Qc3vmMthH75fjmJ63jLuHarogsPHF4Ufl8tsduE+Hzoel7Afrko+KyETWP4





© 2008 ONE Distribuidor Exclusivo  
Cajitas de Honduras

No. \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
9	06	23

Por L. 1,000.

Recibí de: Caja Chica.

La Cantidad de: Mal Lempiras Exactos. Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda social Salud. a la Señora  
Ada Perez. Hernandez de la Comunidad  
de Cofradia.

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

Ada Perez Hernandez 1016-199200027  
FIRMA

54110. Ayuda Social a personas (Transferencia de Capital).



Cofradia Yamaranguila 20 de junio del año 2023.

Sr: Alcalde municipal  
Rumaldo Bejarano.

Resiva un atento y respetuoso saludo deseandole se  
Encuentre cosechando abundante exitos en tan delicadas.  
funciones a usted encomendadas principalmente en el  
Desarrollo de nuestro municipio de Yamaranguila.

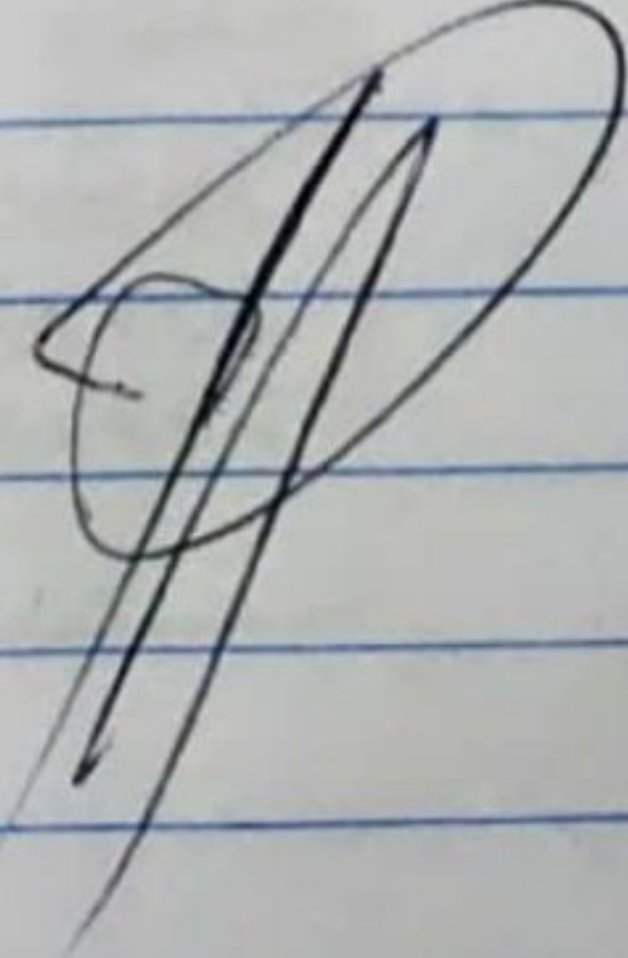
El motivo en dirigirme a usted es para solicitarle su  
Valiosa colaboración en apoyarme con la obtención de  
Cuatro mil Lempiras.

Ya que no cuento con suficiente recursos economicos.  
Para poder comprar dicho medicamento y se que  
usted es una de las autoridades que esta apoyando a  
las familias de nuestro municipio en espera a una  
Respuesta positiva me suscribo con muestra de mucho  
respeto.

Att. Ada Perez Hernandez.  
1016-1992-0027.



Atentado  
2,1000 Subsidio  
Salud-











ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Ada Perez Hernandez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2023 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° 626367

Yamaranguila 16/9/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Signature]  
Firma y Sello del Alcalde





**Dr. Melvin Nolasco Ramos**

MEDICO ESPECIALISTA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
COLPOSCOPIA Y ULTRASONOGRAFIA

**NUESTRO COMPROMISO ES TU SALUD**

Paciente Ada Perez Hernandez Edad: 31 años Fecha: 29/04/23

Androl combi 10ml por noche  
x 10 noche



Conixot 1 ovulo por semana  
x 6 semana



100%

FIRMA



**FARMACIA MIA VALERIA**

#1 BO. PLAZA DE ARMAS, MEDIA CUADRA  
ANTES DEL PUNTO DE LA FRONTERA  
TEL: 2783-1073

#2 COL. MI. ESPERANZA, EN CLÍNICA CEMECA  
TEL.: 2783-3730





**Dr. Melvin Nolasco Ramos**

MEDICO ESPECIALISTA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
COLPOSCOPIA Y ULTRASONOGRAFIA

**NUESTRO COMPROMISO ES TU SALUD**



Paciente Dña Perez Hernandez Edad:      años Fecha:   /  /  

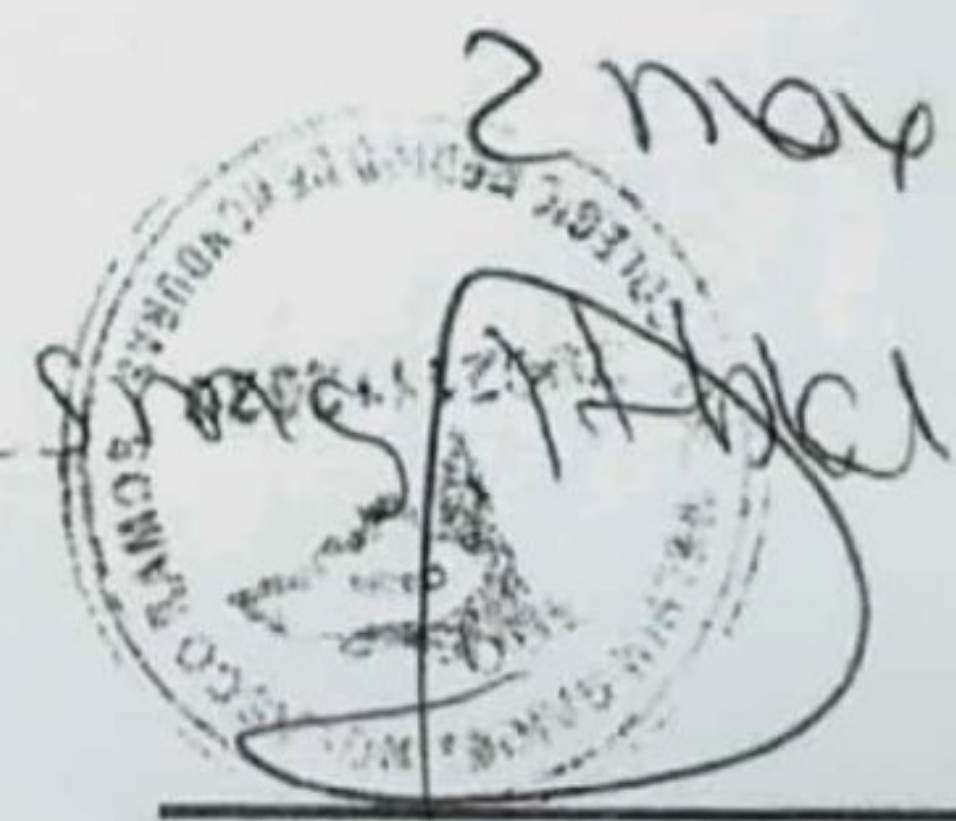
1er día de la menstruación  
- Finec.

1 tableta a cada x 2 días

Doxicilina 7 días



Indometacina 2 días



2 may  
2 días a cada x 2 días  
x salida

FIRMA



**FARMACIA MIA VALERIA**

#1 BO. PLAZA DE ARMAS, MEDIA CUADRA  
ANTES DEL PUNTO DE LA FRONTERA  
TEL: 2783-1073

#2 COL MI. ESPERANZA, EN CLÍNICA CEMECA  
TEL.: 2783-3730







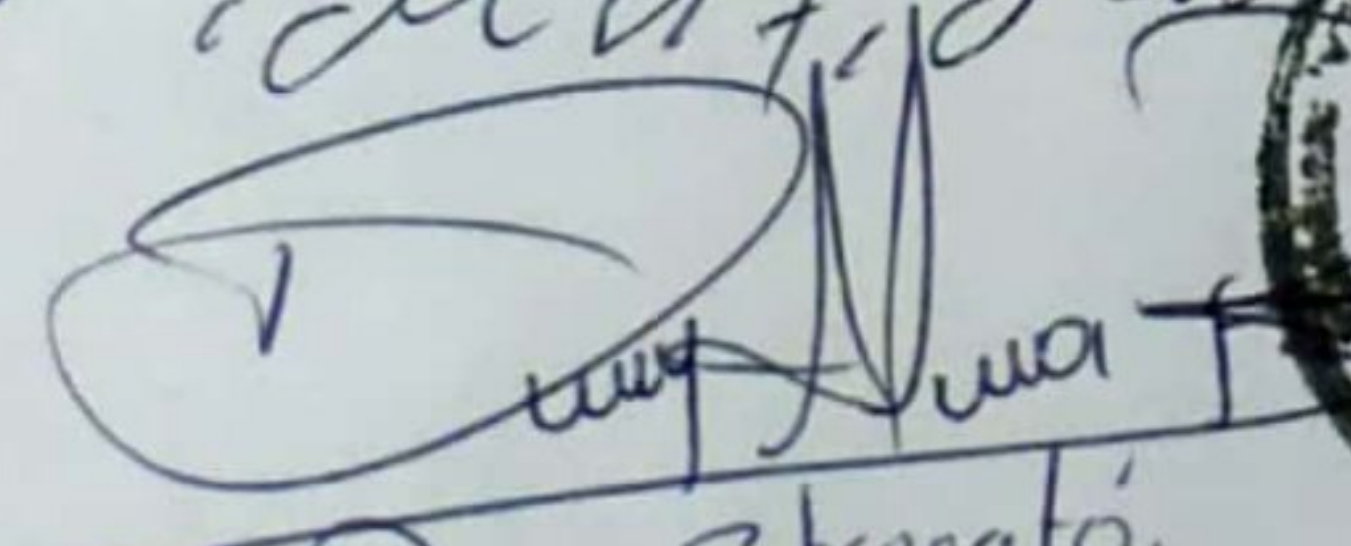




Ciudad y Amaranquilla Departamento  
In Tibuca Año 2023.  
Zng. Rumbaldo Bejorano  
para señor Alcalde. Municipal y su corporación  
Dios le bendiga en todas sus funciones,  
que a diario realiza para beneficio  
de nuestro municipio.

poso a lo siguiente.

El motivo de escribirle es para solicitarle  
una Beca de educación para mi hijo  
ya que por motivo no tener lo económico  
no le puedo comprar todo lo necesario  
en alimentación y medicamento x  
utiles escolares me dirijo a usted  
desde Ant. Mano les estare.  
Agradecida es pero una respuesta  
positiva Amisolicidad.  
Atentamente. Lucio Sanchez

Id de identidad  
  
Pt. Patronato.







# CERTIFICACION DE ACTA DE NACIMIENTO



El infrascrito Registrador Civil Municipal CERTIFICA que en el Archivo de nacimientos que se tiene en esta oficina; se encuentra el acta de nacimiento número: 1 0 1 6 - 2 0 1 4 - 0 0 3 5 3 ubicada en el folio 060 del tomo 00214 del Año 2014 y que pertenece a:

a) REYES Primer Apellido b) LEMUZ Segundo Apellido  
c) ODIN ANTONIO Nombre SEXO F  M

y cuya información es la siguiente:



1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) INTIBUCÁ Municipio b) INTIBUCÁ Departamento c) HONDURAS País  
d) ONCE Día e) JUNIO Mes f) 2014 Año

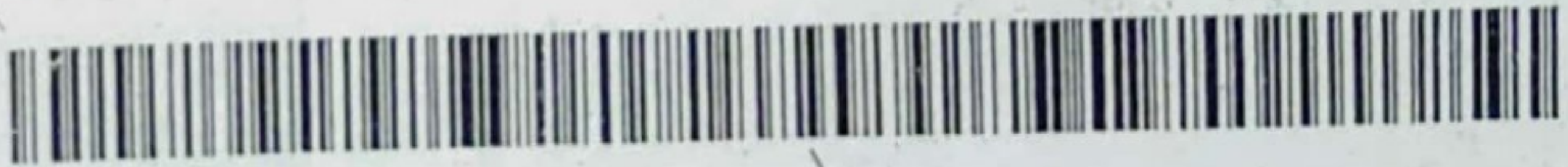
2.) Apellidos, nombre y nacionalidad del padre:

a) REYES Primer Apellido b) ----- Segundo Apellido  
c) ROOUE SANTOS Nombre d) HONDUREÑA Nacionalidad

3.) Apellidos, nombre y nacionalidad de la madre:

a) LEMUZ Primer Apellido b) SANCHEZ Segundo Apellido  
c) AGUSTINA Nombre d) HONDUREÑA Nacionalidad

4.) Notas marginales autorizadas:



NINGUNA

Extendida en YAMARANGUILA Municipio INTIBUCÁ Departamento

a los: SEIS días del mes de OCTUBRE

de DOS MIL CATORCE



Firma y Sello del Registrador Civil Municipal

*[Handwritten Signature]*  
10 OCT 15  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
HONDURAS, S.A.

VKaFcM1FVHzv1eX+1eGSvkWHjmpP\$uX4EWChqK3RjBzkvyvkBtBz\$I+UP05StNvQya







**CONSTANCIA DE EXENCIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES**

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Lucia Sánchez

Esta Exento del pago de impuestos municipales de conformidad con el art. 4 del "Reglamento de la Ley de Creación de Constancia de Pago y Exoneración" por lo que se le extiende esta Constancia de Exoneración, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de Septiembre del 1965. Sin perjuicio de pago del impuesto que pudiera resultar en la verificación de sus declaraciones.

N° 451018

Yamazaranguila 11/10/2021

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

Indefinida



[Handwritten Signature]  
Firma y Sello del Alcalde



2020  
**República de Honduras**  
**Carnet de Vacunación COVID-19**



Nombre: Lucia Sanchez

No. Identidad: 1016193300280

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

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
13	12	1953

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: Ama de casa

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: El tablon Yamaranguela

Número Teléfono/Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS La Eza

Código del Establecimiento de Salud: 

1	4	5	7
---	---	---	---



"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	27	Sep	2021	Pfizer L.3015B8A V: 11/21	S. S. M. A. J.
Segunda dosis	25	11	2021	Pfizer Lot. FJ 8758 V= 2122	M/E
Otras					
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: Obin Antonio Reyes Lemuz

No. Identidad: 

1	0	1	6	2	0	1	4	0	0	3	5	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
11	Junio	2014

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: \_\_\_\_\_

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

Dirección de Residencia: El Tablon

Número Teléfono/ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS Yamaranguila

Código del Establecimiento de Salud: 

0	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	26	04	22	Pfizer Lot: Pp8134	
Segunda dosis	cita 24 de Mayo				
Otras					
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






## CONSTANCIA DE MATRICULA

La suscrita Directora del Centro de Educación Básica "La Buena Nueva" código SACE No 101600001B09 de la Comunidad de El Tablón, Municipio de Yamaranguila, Departamento de Intibucá por este medio.

### HACE CONSTAR

Que **ODIN ANTONIO REYES LEMUZ** con Registro Estudiantil N° **1016201400353** está matriculada en el **CUARTO GRADO** y asistiendo al centro educativo cursando su educación básica y cumpliendo con todos los requisitos que establece en Reglamento Interno del Centro Educativo.

Y para los fines que al/la interesado (a) convenga se les extiende la presente a los 07 días del mes de Junio del año 2023

  
Lilian Mercedes Ayala Reyes  
Directora







Todo lo que quieres.

RTN: 10012003002676 Cel: 9848-0751 Prop. Gloria Graciela Peralta Rivera  
Email: kebonito9@gmail.com  
Bo. Candelaria, Frente de Café La Esquina, La Esperanza, Intibucá, Honduras C.A

CAI:  
9F680F-3AF3BC-A24FB0-34CA3C-842C47-38  
Fecha Limite de Emisión: 09/01/2024  
Rango Autorizado:  
000-001-01-00000301 al 000-001-01-00000900  
Fecha de Recepción: 09/01/2023

Cliente: Municipalidad de Yamaranguila  
R.T.N. 1016-9003429966 Tel \_\_\_\_\_  
Dirección: Yamaranguila Intibucá Fecha: 18 de 06 de 2023

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
1	arreglo floral			680 =
TOTAL L.				680 =



Imprenta TecnoPrint RTN. 15031985006165 • Tel.: 2783-4232 • CERTIFICADO N° 9231-22-10500-42

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

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

- Contado
- Crédito

**FACTURA**  
**000-001-01-00**  
**Nº 000584**

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	
IMPORTE GRAVADO 15% L.	591 30
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
I.S.V. 15% L.	88 70
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	680 =

Original: Cliente Copia 1: Obligado Tributario Emisor

Son Lps: Seiscientos ochenta

*[Signature]*  
FIRMA

Pago de arreglo floral para Q.D.P.G. Victoria Ramos Mejia.

*[Signature]*

04  
Transferencia de personas (transferencia de personas)



ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMAMANGOLA  
MUNICIPIO DE YAMAMANGOLA



Oficina de Atención al Ciudadano  
Dirección del Alcalde Municipal de Yamamangola, Ing.  
Rafael Rodríguez  
Módulo ubicado al lado del parque El Bosque, Barrio San  
Cristóbal, Yamamangola, Provincia de Esmeraldas

No. \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
19	06	23.

Por L. **1000**

Recibí de: Caja Chica.  
 La Cantidad de: MEI Lempiras Exactos Lempiras  
 Por Cuenta de: Aguda Social Salud, a la niña Mesly  
patola perez Vasquez de la Comunidad de Cofrades  
Su padre. Santos Cosme  
perez.

Sal. Ant. 1000  
 Abono \_\_\_\_\_  
 Saldo 1000

[Signature]  
 FIRMA  
 1016-1976-00437

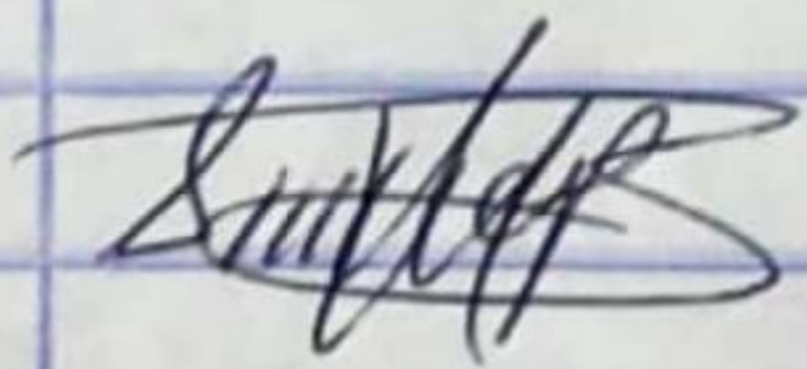
© 2013 ONE Distribuidor Exclusivo  
Oficina de Fonduras

S4110. Ayuda Social a personas (Transferencia de Capital).



# Solicitud

Señor Alcalde Municipal y su Corporación,  
Por medio de la presente le estamos  
haciendo llegar un atento y fraternal  
saludo deseándoles se encuentren bien  
de salud en sus actividades diarias  
y que el divino Redentor derrames  
ricas y abundantes bendiciones en sus  
funciones diarias. Son nuestros deseos  
la presentes: es para solicitarles me apolien  
ya que tengo caso de emergencia con  
mi niña Meily Pohola Perez Vasquez ya que  
fue conducido gravemente a la clínica con  
problema del estomago ~~vasta~~. Deareca el  
dia 9-6-23 tube que sacar un dinero.  
prestado por que no teniamos. es por eso  
que solicito se nos apolle con la cantidad  
de 3,376 lempiras ya que por los mome  
ntos no contamos para poderlo cancelar  
Espero que nuestra soliciitud sea aprova  
do de antemano nuestro agradecimiento  
firmo la presente en cofradia tamaran  
guila dto Intibuca a los 12 dias del mes  
de junio del 2023



1016-1976-00437







REPUBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

INSCRIPCION DE NACIMIENTO No. **0 0 3 1 5**

NUMERO DE IDENTIDAD **1 0 1 6 - 2 0 2 2 - 0 0 3 1 5**

EN YAMARANGUILA INTIBUCÁ EL DIA LUNES VEINTIDOS  
Municipio Departamento Nombre del Día Fecha  
DE AGOSTO DEL DOS MIL VEINTIDOS ANTE MI EDELMIN GOMEZ MAHUELES  
Mes Año Nombre y Apellido del Registrador Civil

SE INSCRIBIO EL SIGUIENTE NACIMIENTO; DATOS DEL NACIDO

<u>MEILY PAHOLA</u> Nombres	<u>PEREZ</u> Primer Apellido	<u>VASQUEZ</u> Segundo Apellido	Sexo <u>FEMENINO</u>	Fecha y Hora de Nacimiento <u>29</u> <u>06</u> <u>2022</u> <u>11:02 P.M.</u> Día Mes Año Hora			
--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------	---	--	--	--

Lugar de Nacimiento			
<u>HONDURAS - 1</u> Departamento	<u>INTIBUCÁ</u> Municipio	<u>INTIBUCÁ</u> Ciudad o Aldea	<u>BARRIO EL GUAY</u> Bo. Col. Aldea caserío
<u>OTRO - 2</u> País	<u>INTIBUCÁ</u> Departamento / Estado / Provincia		<u>INTIBUCÁ</u> Ciudad o Aldea

DATOS DEL COMPARECIENTE

Compareciente <u>PADRE</u>	Sólo si no es la Madre o el Padre Nombres <u>-----</u> Primer Apellido <u>-----</u> Segundo Apellido <u>-----</u>		Documento de Identidad <u>-----</u>
Nacionalidad <u>-----</u>	Domicilio <u>-----</u> Departamento <u>-----</u> Municipio <u>-----</u> Bo. Col. Aldea Caserío <u>-----</u>	Profesión, Ocupación, Oficio <u>-----</u>	

DATOS DEL PADRE

<u>SANTOS COSME</u> Nombres	<u>PEREZ</u> Primer Apellido	<u>-----</u> Segundo Apellido	Documento de Identidad <u>1016-1976-00437</u> Identidad Nacional	Nacionalidad <u>HONDUREÑA</u>
Domicilio <u>INTIBUCÁ</u> Departamento	<u>YAMARANGUILA</u> Municipio	<u>COFRADIA</u> Bo. Col. Aldea Caserío	Profesión, Ocupación, Oficio <u>AGRICULTOR</u>	

DATOS DE LA MADRE

<u>SANTOS</u> Nombres	<u>VASQUEZ</u> Primer Apellido	<u>-----</u> Segundo Apellido	Documento de Identidad <u>1016198100600</u> Otro	Nacionalidad <u>HONDUREÑA</u>
Domicilio <u>INTIBUCÁ</u> Departamento	<u>YAMARANGUILA</u> Municipio	<u>COFRADIA</u> Bo. Col. Aldea Caserío	Profesión, Ocupación, Oficio <u>ARTESANO DEL CUERO</u>	

ENMIENDAS Y OBSERVACIONES

NINGUNA

DATOS DE LA REPOSICION POR OMISION

Número de Resolución -----  
Fecha de la Resolución -----  
Día Mes Año  
Oficial civil departamental o seccional de:  
-----  
Departamento  
-----  
Municipio

Fecha de recibida la Resolución -----  
Día Mes Año

**ABUELOS**

**Abuelos Paternos**

-----  
Nombre(s) y apellido(s) del abuelo -----  
Nacionalidad -----

MARIA PEREZ HONDUREÑA  
Nombre(s) y apellido(s) de la abuela Nacionalidad

**Abuelos Maternos**

-----  
Nombre(s) y apellido(s) del abuelo -----  
Nacionalidad -----

GUMERCINDA VASQUEZ HONDUREÑA  
Nombre(s) y apellido(s) de la abuela Nacionalidad

FIRMA O HUELLA DACTILAR

1 -----

2 -----  
Firma del Compareciente  
-----  
FIRMA

Nombre y Apellido del Escribiente Responsable de la Inscripción

-----  
Firma y sello Registrador Civil Municipal o Auxiliar









ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

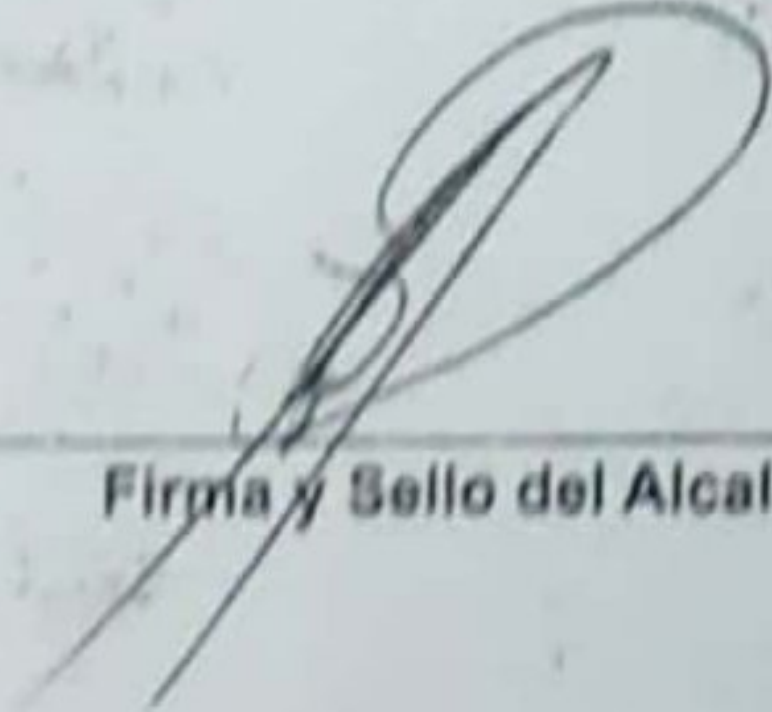
Santos Cosme Perez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2023 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° 624760

Yamaranguila 27/01/2023  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023

  
Firma y Sello del Alcalde





# República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Santos Cosme Pérez

No. Identidad: 1016197600437

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

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
27	4	76

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: Agricultor

Lugar de trabajo: Cofradía

Dirección de Residencia: Yamaraingula

Número Teléfono/ Celular: 9858-4914

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS Yamaraingula

Código del Establecimiento de Salud: 

--	--	--	--	--



"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	19	09	2021	AZTRUZENECA 77688 Fu- Oct - 2021	Gómez
Segunda dosis	26	04	22	PFIZER Lot FT0366 Vto 8/2022	P/E Pérez
Otras	22	Septiembre	2022	PFIZER Lot = FT 1507 V=10-22	A/E Pérez
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







Handwritten text, possibly a name or title, including the number 23.

Handwritten text: "1/2 ... 5ml ... 2 x 5 days"

Handwritten text: "2ml ... 5 days"

Handwritten text: "Dementia ... 1/2"

Handwritten text: "Isotretinoin ... 3 days"

Handwritten text: "1 x 1 ... 1 x 1" and a circular stamp with a signature.



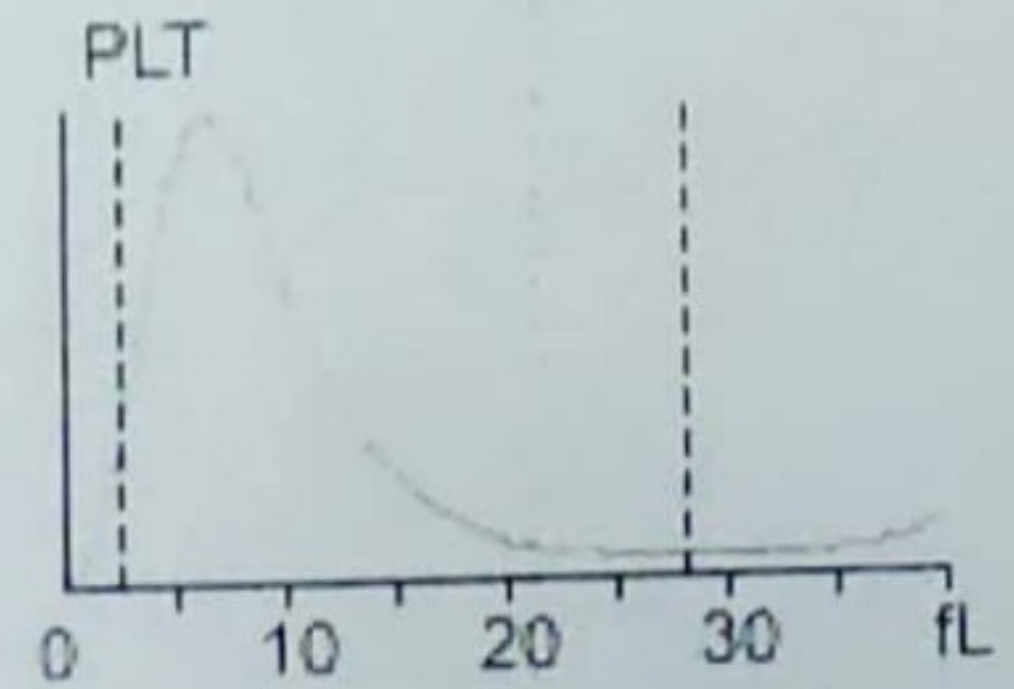
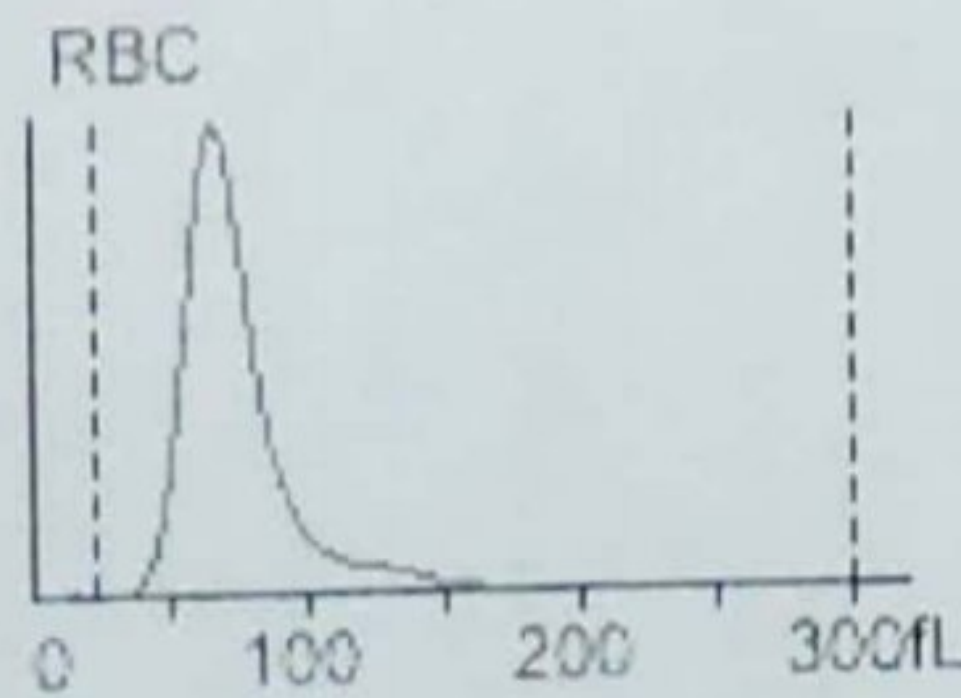
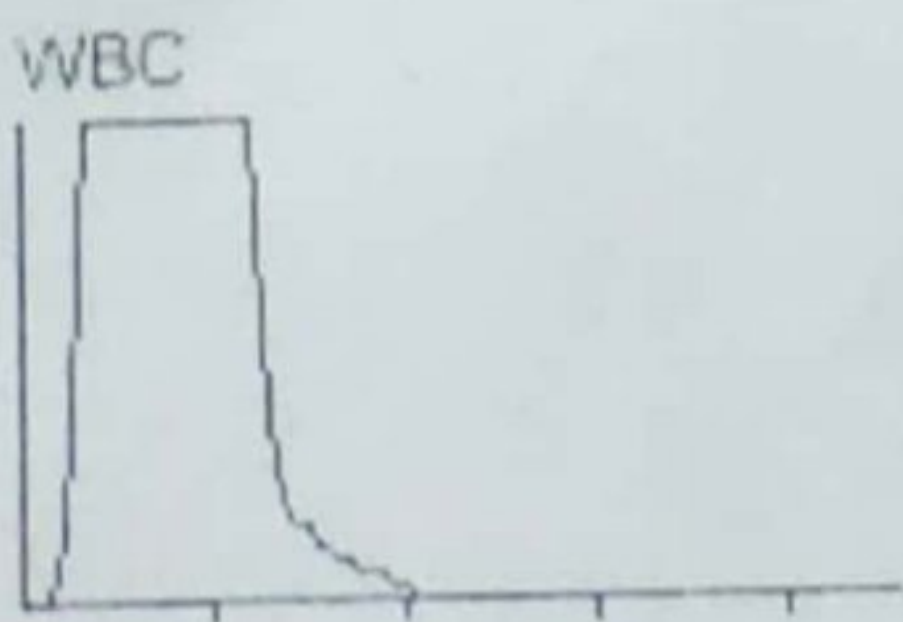
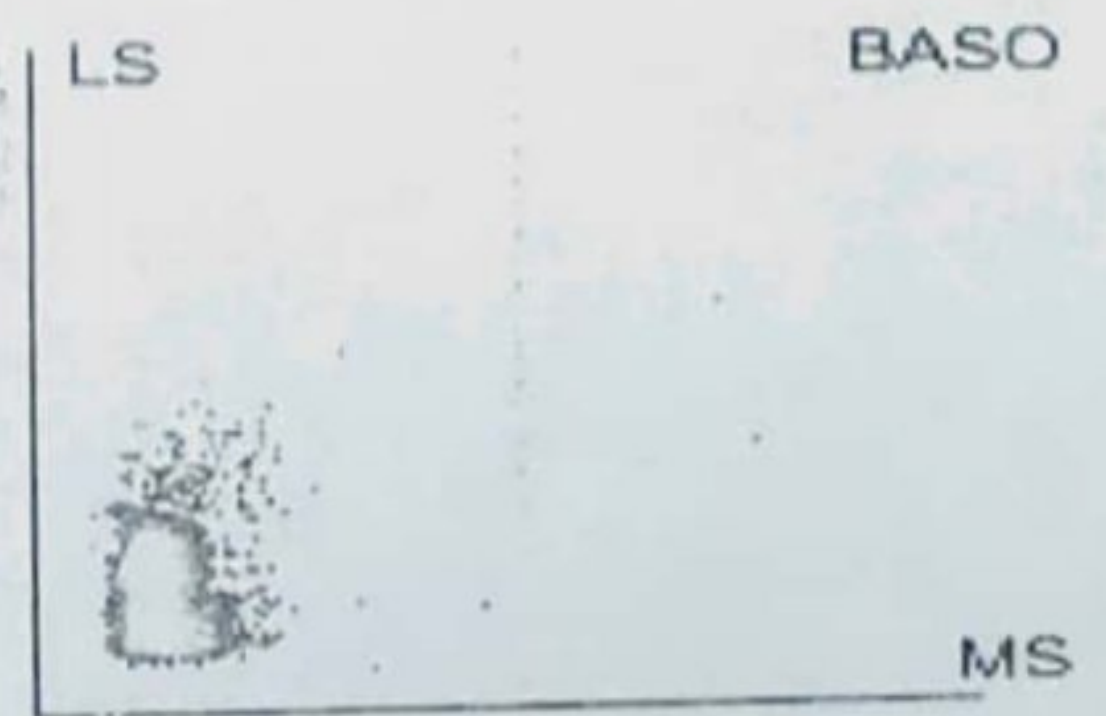
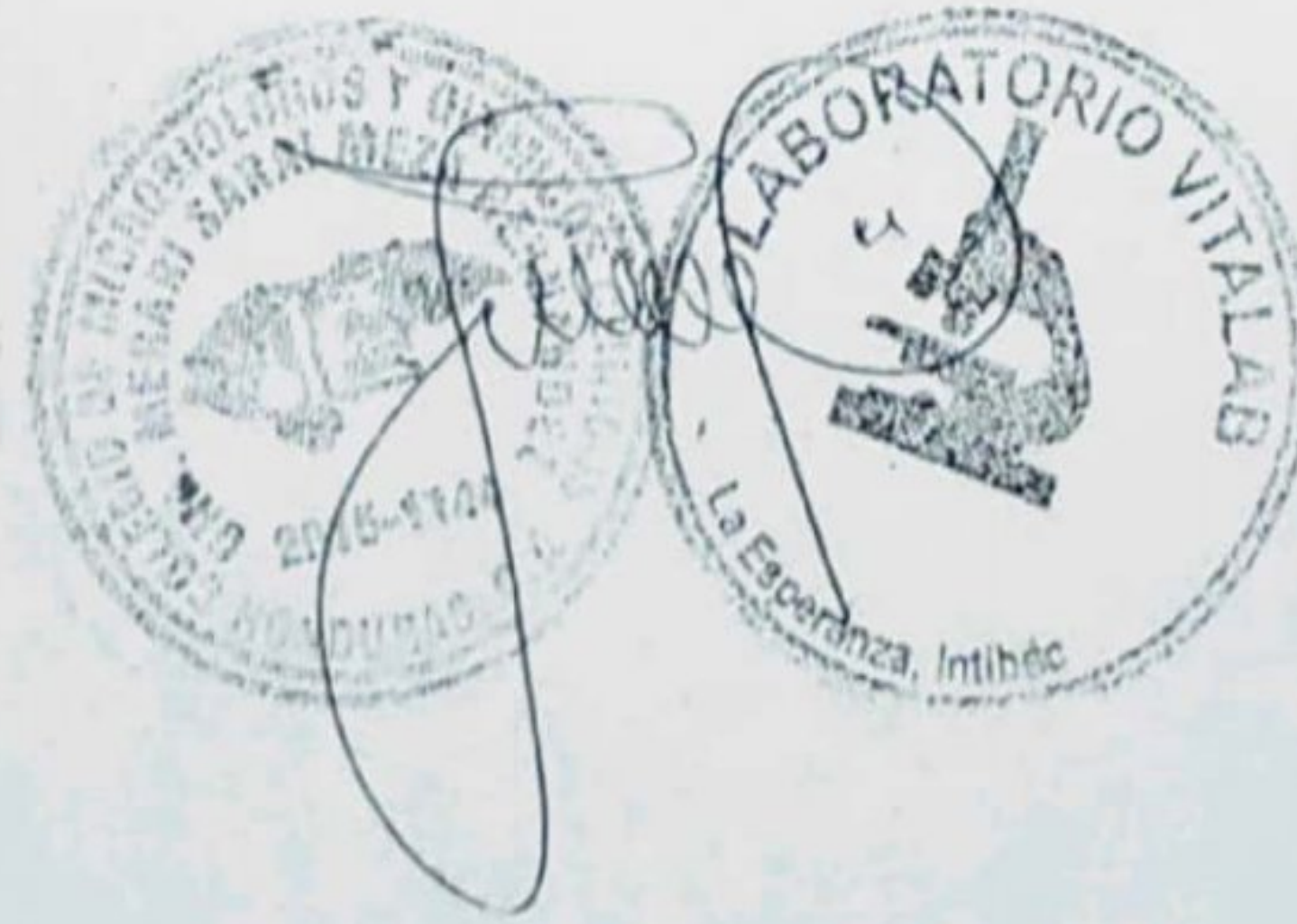
# LABORATORIO VITALAB

Nombre de pila: MERLY  
 Apellido(s): PEREZ  
 Género: Mujer  
 Edad: 11 Mes

Tipo de muestra:  
 Departamento:  
 Hist. clín. N.º:

ID de la muestra: 974  
 Hora de análisis: 09-06-2023 10:31  
 Diagnóstico:

Parám.	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1 WBC	6,84	4,00-12,00	10 <sup>3</sup> /uL
2 Neu%	55,7	50,0-70,0	%
3 Lym%	38,4	20,0-60,0	%
4 Mon%	5,1	3,0-12,0	%
5 Eos%	0,6	0,5-5,0	%
6 Bas%	0,2	0,0-1,0	%
7 Neu#	3,81	2,00-8,00	10 <sup>3</sup> /uL
8 Lym#	2,63	0,80-7,00	10 <sup>3</sup> /uL
9 Mon#	0,35	0,12-1,20	10 <sup>3</sup> /uL
10 Eos#	0,04	0,02-0,80	10 <sup>3</sup> /uL
11 Bas#	0,01	0,00-0,10	10 <sup>3</sup> /uL
12 RBC	4,45	3,50-5,20	10 <sup>6</sup> /uL
13 HGB	11,1 ↓	12,0-16,0	g/dL
14 HCT	32,3 ↓	35,0-49,0	%
15 MCV	72,7 ↓	80,0-100,0	fL
16 MCH	25,1 ↓	27,0-34,0	pg
17 MCHC	34,5	31,0-37,0	g/dL
18 RDW-CV	15,6	11,0-16,0	%
19 RDW-SD	42,4	35,0-56,0	fL
20 PLT	362 ↑	100-300	10 <sup>3</sup> /uL
21 MPV	6,8	6,5-12,0	fL
22 PDW	8,2 ↓	9,0-17,0	fL
23 PCT	0,247	0,108-0,282	%



Emisor:

Operador: admin

Autorizador:

Hora de muestreo: 09-06-2023 10:30 Hora de entrega: 09-06-2023 10:30 Tiempo validado:

Hora del informe: 09-06-2023 10:33 Observaciones:



# LABORATORIOS VITALAB

Porque tu salud es vital para nosotros.

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

Fecha: 9 de junio de 2023

NOMBRE: MERLY PEREZ

EDAD: 11 A

<u>EXAMEN FISICO</u>	<u>EXAMEN MICROSCOPICO</u>
COLOR: AMARILLO CONSISTENCIA: PASTOSA MOCO: AUSENTE SANGRE: AUSENTE	HUEVOS DE: NO SE OBSERVARON QUISTES: NO SE OBSERVARON TROFOZOITOS DE: NO SE OBSERVARON LARVAS DE: NO SE OBSERVARON
<u>EXAMEN QUIMICO</u> SANGRE OCULTA: WRIGHT : NEGATIVO AG DE H. PYLORI:	OTROS HALLAZGO: PARTICULAS DE GRASA: ABUNDANTES
EXAMEN GENERAL DE HECES	







© 2013 ONE Distribuidor Exclusivo de Honduras

No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1000</span>
	20	6	23.	
Recibí de:	Caja Chica.			
La Cantidad de:	Mil Lempiras. Exactas			Lempiras
Por Cuenta de:	Ayuda social Salud, al Señor Hector Manuels Rivas. de la Comunidad de Guascatoro.			
Sal. Ant.	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7000</span>			
Abono	_____			
Saldo	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7000</span>			
	Hector Manuels Rivas			FIRMA
	1016-1991-00501			

54710. Ayuda social a personas. (Transferencia de capital).



Comunidad Guascotoro Municipio, Yamaranguila Departamento.

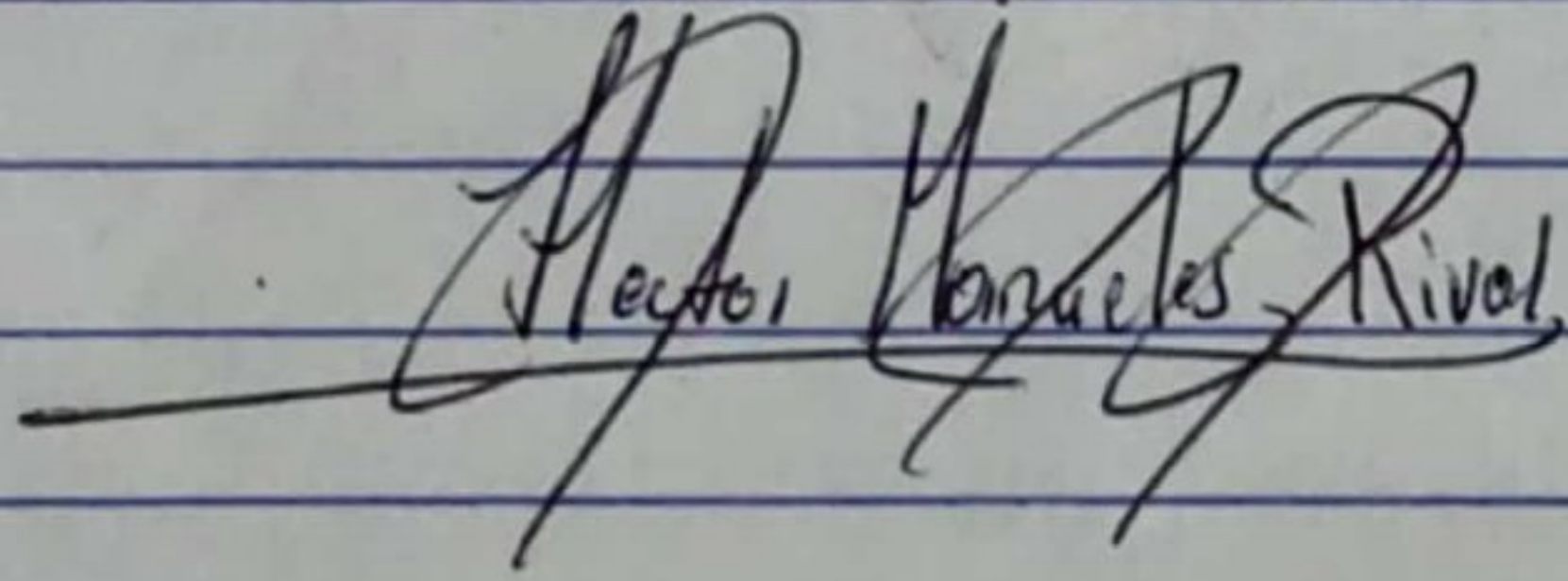
Intibuca Fecha 09/06/2023

De parte de Hector Manuales Rivas de estoy Asiendo un Respetuoso Saludo A usted Señor Alcalde Municipal don Ramaldo Bejarano y Toda sus demas Corporacion Municipal Diciandole Exitos En Todas Sus labores de Trabajo ke nuestro Señor Jesucristo de siga Bendiciondo Cada dia mas son mis mejores decesos.

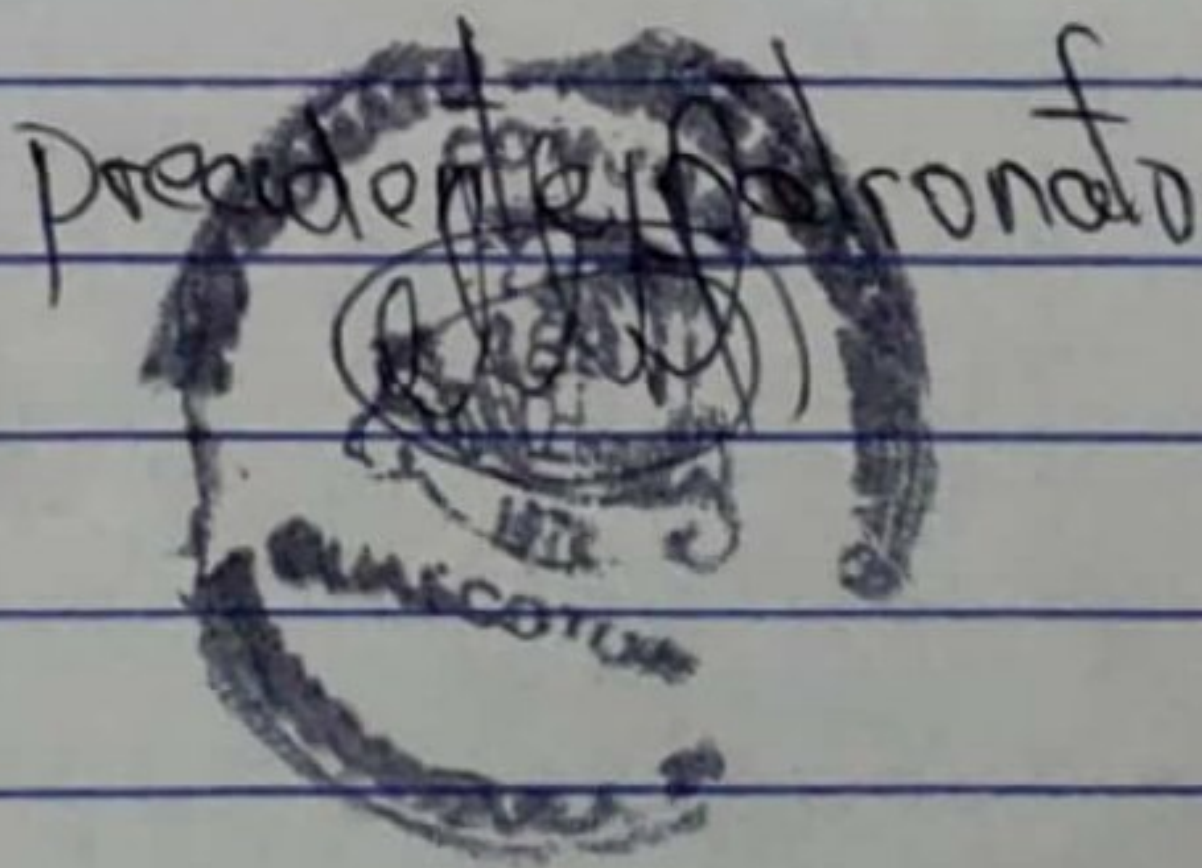
Despues de este Corto Saludo paso alo Siguiente Es para Solicitarle A usted Señor Alcalde kesi me puede apoyar con 5,000. Lempiras. que necesito con suma necesidad ya que Esta Semana Voy para Elhospital de Gracias a una operacion Por Tener una Clavicula quebrada De mi brazo izquierdo y necesito el dinero para comprar <sup>unos</sup> platinas Solamente. ho Tambien le Solicito que si me puede apoyar con alimentos. ya que Tenemos Tres niños y se Me esta Ciendo dificil para darles Alimentación por eso le Ago Esta Solicitud Señor Alcalde Espero que me lo Resuelva muy Favorablemente le Agradecere mo Muchos. Solamente ke Dios le Bendiga. Siempre.

para Constancia Firmo. Con numero de Identidad

1016-1991-00-501

  
Hector Manuales Rivas

Cel. 95-88-60-61.  
99-75-94-21



Aprobacion  
Lps. 1,000.







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

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Hector Manuel Rivas

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 20 23 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 627377

Yamaranguila 9-6-2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023.



  
Firma y Sello del Alcalde



## Referencia y Respuesta

 Referencia 

 Respuesta 


Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)		Sexo: H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nº de expediente:	271	Nº de Identidad:	1016199100500	Edad: 31
Dirección: Colonia	Ciudad	Municipio	Departamento	Teléfono
	Guayaquil	Yamamanguí Int.		95886061
Correo Electrónico:	Acompañante	Parentesco	Dirección/Teléfono	
Nombre del Establecimiento que refiere/responde:	Belkis Ondra Pérez (esposa)			
Red:	Institución: SE SAL <input checked="" type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	Gestor	Centralizado <input type="checkbox"/>	Establecimiento que refiere o responde: UAPS <input checked="" type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/>
	IHSS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/>	Descentralizados <input checked="" type="checkbox"/>	Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, Específicos: <input type="checkbox"/>	
	Otro <input type="checkbox"/>			
Motivo del envío:	Diagnóstico: <input type="checkbox"/>	Tratamiento: <input checked="" type="checkbox"/>	Seguimiento: <input type="checkbox"/>	Rehabilitación: <input type="checkbox"/>
Describe:	Px hace 2 días sufriría caída de tobillo,			
Signos y Síntomas principales:	impaciando clavícula izquierda contra piedra			
Resumen de datos clínicos:	presentando dolor y disminución en función de			
	MSI. Se.			
Signos Vitales	PIA: 125/85 FR: 17	P/FC: 80	Tº: 36.4	Peso: 54 Kg
Datos Gineco Obstétricos: FUM:	FPP:	E:	P:	C: HV: HM: O: A:
Cabeza:	ORL: } sin Alteraciones			
Ojos:				
Cuello:				
Tórax:	Robra palpación de clavícula izquierda, limitación en extensión			
Abdomen:	de brazo ipsilateral.			
Genitales:				
Extremidades:				
Neurológico:	Sin Alteraciones			Evaluación de Riesgo
Resultados de exámenes complementarios:	Ninguno			Con Riesgo <input type="checkbox"/>
				Sin Riesgo <input checked="" type="checkbox"/>
Impresión Diagnóstica:	Fractura Clavícula Izquierda.			
Recomendaciones/observaciones:	Rx AP y lateral clavícula, izquierda			
Referido/Responde a:	<input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input checked="" type="checkbox"/> Hospital, especifique:		Amerita atención en: <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Otros, especifique: ortopedia	
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde:	HEAC		Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta:	
Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá:	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No, Especifique:		Día: 8 Mes: 6 Año: 23 Hora: 10:00	
Referencia/Respuesta elaborada por:	<input checked="" type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería		Nombre, firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta:	
	<input type="checkbox"/> Otro, Especificar:		[Firma: P. Domínguez]	
Cita al servicio de:	Día:	Mes:	Año:	Hora:
Fecha y hora de recibo de la referencia o respuesta:				
Día: Mes: Año: Hora:				
Este campo es para ser llenado exclusivamente por el Establecimiento de Salud que recibe la referencia.				
Referencia: Oportuna: Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	Justificada: Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	HC-10



REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUA

Yamarangua, Honduras, 27 de Junio del año 2023  
Norman Rodríguez  
Gerente Municipal, LEONEL RAMÍREZ  
Su Oficina.

La cuenta será como cobro por el servicio de agua en el Municipio de Yamarangua, Honduras, en el mes de Junio del año 2023.  
Recibe un total de Lempiras Exactos que Dos de Junio de 2023 en el presente.

No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <b>1000</b>
	20	06	23.	
Recibí de:	Caja Chica.			
La Cantidad de:	Mil Lempiras Exactos.			Lempiras
Por Cuenta de:	Ayuda Social Salud, a la señora Manuela Rodríguez Lopez de la Comunidad del Tablon.			
Sal. Ant.	1000			
Abono	_____			
Saldo	1000			
	Manuela Rodríguez Lopez 10.6 1442-00096 FIRMA			

Oficina One Distribuidor Exclusivo  
Lempiras de Honduras

54710. Ayuda Social a personas (Transferencia de Cuote.1).



Ci Tablon. / Amorangula

12/06/23.

Ing. Romuado Bejarano Rodriguez  
Alcalde Municipal  
Su Oficina.

Le Saludo Muy Cordialmente esperando que el divino.  
Creador de universo le bendiga y proteja siempre. Y le de  
Sabiduria para el bien de Municipio.

El motivo de la presente es para Solicitarle una ayuda  
economica ya que soy de la tercera edad, y no tengo hijos  
o alguien quien me aporte economicamente, por eso me  
remite Solicitando para una exámenes, que tengo que  
realizarme lo cual estan Valorados en LPS. 4,500.00 a  
5,000.00. y no cuento con esa cantidad, y me he sentido  
un poco mal de salud.

Esperando una respuesta positiva  
at:

Aprobación  
Sector. Salud.  
LPS. 1,000.

Cel. 98-10-39.71  
Manuela Rodriguez  
Lopez.



1016194200096.

Manuela Rodriguez.

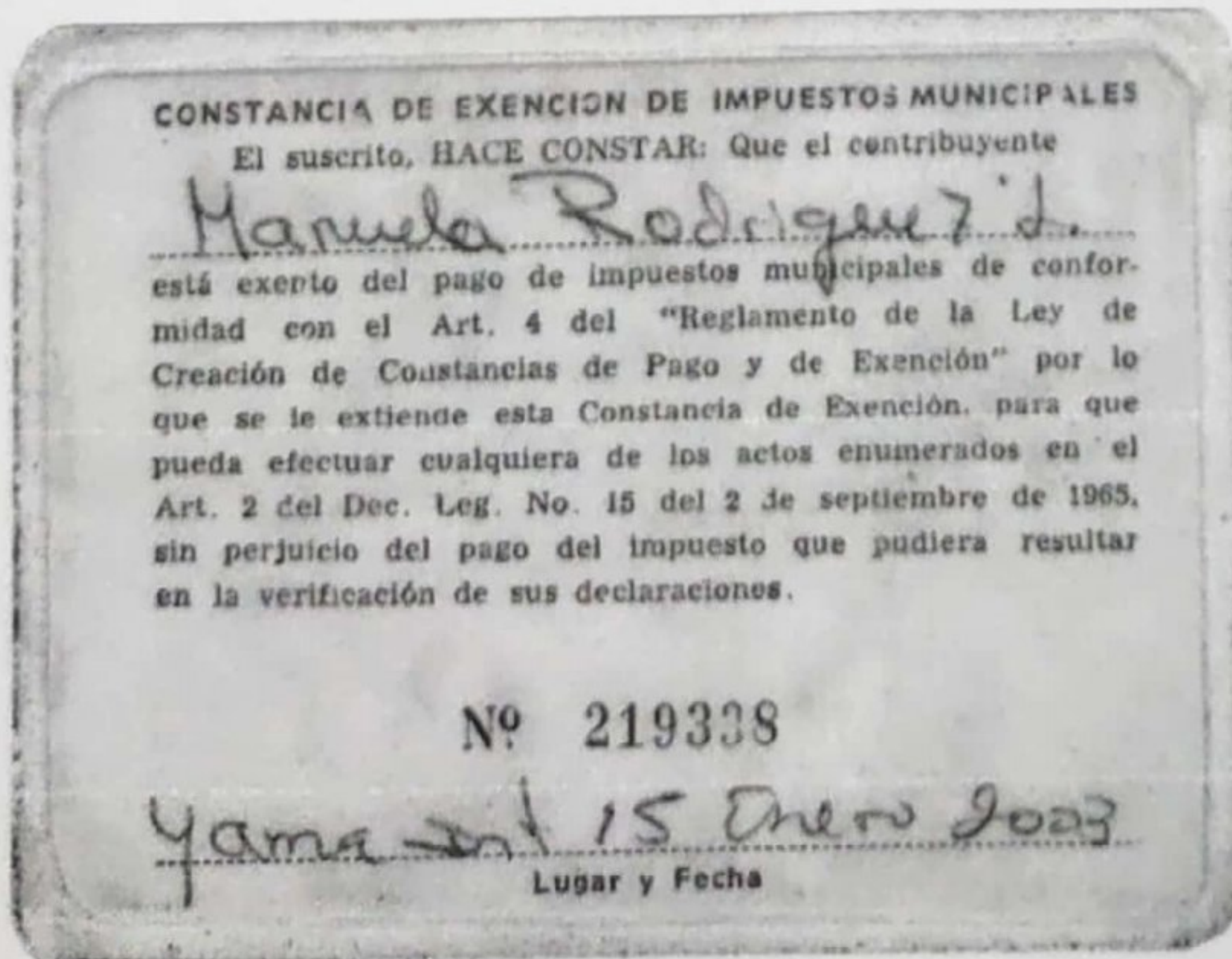


Firma y Sello de Autorizado.













# Centro Médico Génesis

Dr. Gámez (Cel. 9610-6056)

Barrio La Esperanza, atrás Iglesia Católica  
Yamaranguila, Intibucá

Fecha: 10-6-23

Nombre: Mamela Foduguel

Edad: \_\_\_\_\_

Rx

→ pta la cual con presencia de  
afonía crónica ± 3 semanas  
la cual presenta endoscopia que  
tiene un valor ± 4500-5000 lps  
Por favor colaborar



Dr. \_\_\_\_\_

**DROGUERÍA MEDIMAS**



Residencial El Portal, Contiguo al Centro de Capacitación Técnico  
Honduras-corea, San Pedro Sula • e-mail:ventas@medimashn.com  
Teléfonos: 2565-3212 / 2565-3151



© 2013 ONE Distribuidor Exclusivo de Honduras

No. \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
23	06	23

Por L. 500

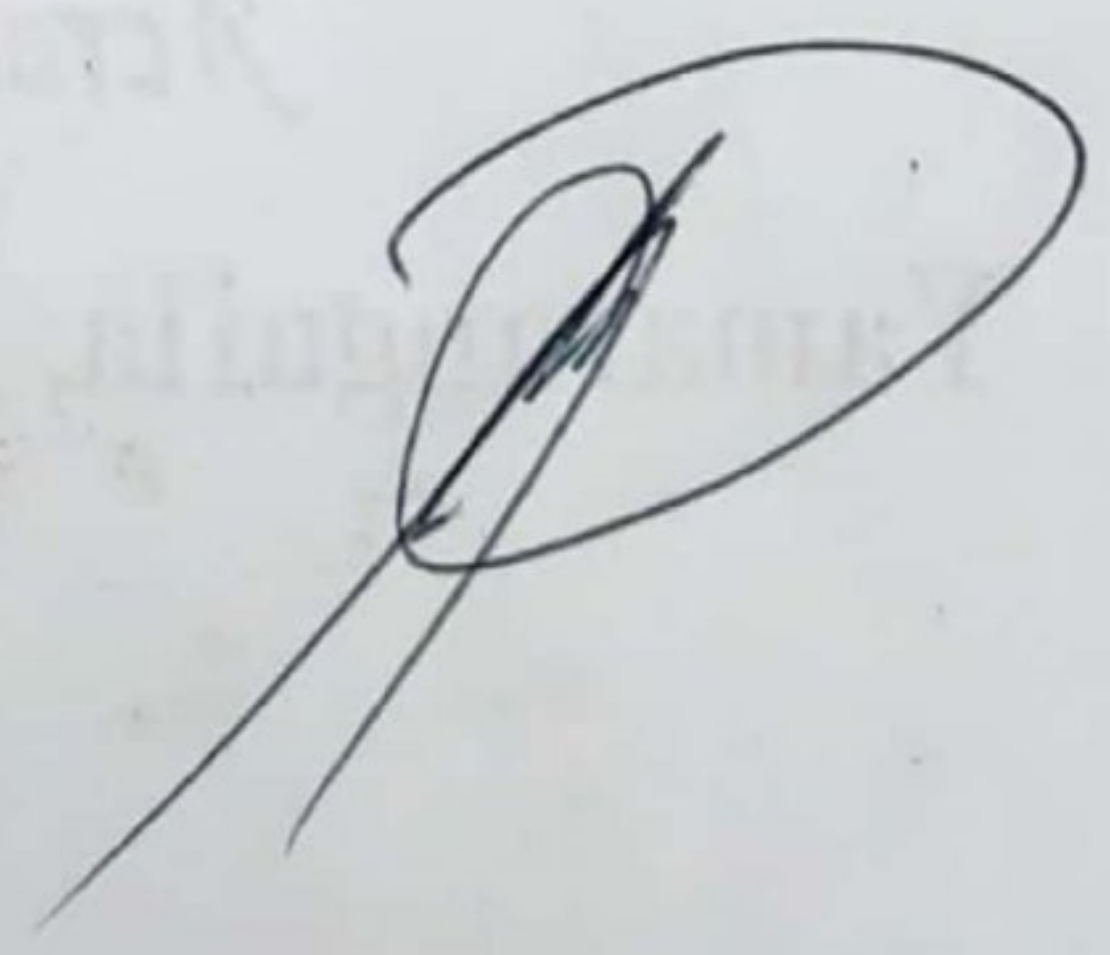
Recibí de: Caja Chica.

La Cantidad de: Quinientos Exactos Lempiras

Por Cuenta de: Asociación Social Salud, alafrent  
Señora, Ana Guadalupe Gomez Reyes de  
Barrio. Morazan.

Sal. Ant.	<u>500</u>
Abono	<u>—</u>
Saldo	<u>500.</u>

Suyapa Isabel  
1016-1006-00119  
FIRMA



544110 - Ayuda Social a personas (Transferencia de capital).



Yamaranguila Intibucá 05 de Mayo 2023

## SOLICITUD

Para: Romualdo Bejarano

Alcalde municipal


Su Oficina

Reciban un atento y cordial saludo deseando éxitos en sus labores cotidianas en beneficio de Nuestro Municipio Yamaranguila.

Yo María Reina Isabel Reyes estoy solicitando a usted una ayuda económica para mi hija Ana Guadalupe Gómez Reyes ya que a ella le realizarán una cirugía que cuesta 8,000.00 lempiras y como ustedes son conocedores de mi situación económica soy una madre soltera y de escasos recursos.

Me despido de Usted Esperando una respuesta positiva.

Respetuosamente

  
*María Isabel Reyes*

María Reina Isabel Reyes

*[Signature]*  
1016-1966-00026

10.14-1983-00023

*Jorge Dodguez*  
1016-1973-00182



**RNP**  
**REPÚBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN**



**NOMBRE / FULL NAME**  
**ANA GUADALUPE**  
**APellidos / SURNAMES**  
**GOMEZ REYES**  
**FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH** **UBICACION DE NACIMIENTO / PLAZA DE NACIMIENTO**  
**18-02-1996** **1016 1996 53119**  
**UBICACION DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH**  
**RND** **18-02-2017**  
**UBICACION DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH**  
**HONDURAS**

Ana Guadalupe Gomez Reyes

**RNP**



2400000001001001



**UBICACION / ADDRESS**  
**YARANGUILLA**  
**INTERUCA**

*[Signature]*

---

1<HNDO  
 960218  
 GOMEZ<REYES<<ANA<GUADALUPE<<<<



 ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

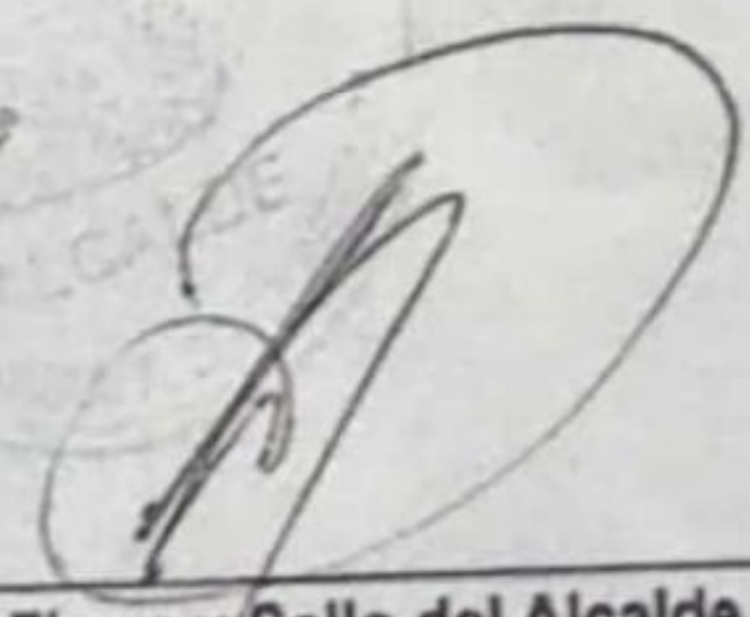
El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente  
Ana Guadalupe Gomez Reyes  
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al  
año 2023 por lo que se le extiende esta Constancia de  
pag. para que pueda efectuar cualquiera de los actos  
enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de  
Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional  
que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

N° 624791

Yamaranguila 20/02/2023  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023





Firma y Sello del Alcalde





# República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARIA DE SALUD

Nombre: Ana Guadalupe Gomez

No. Identidad: 

1	0	1	6	1	9	9	6	0	0	1	1	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
13	02	1996

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: Ama de casa.

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

Dirección de Residencia: B- Morazan

Número Teléfono/ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento de Salud: Cls Jamkanguila

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	22	08	2021	Pfizer N: FF 20212911 V: 11-2021	Lisa Coello
Segunda dosis	19	09	21	Pfizer L: 301508A V: 11-21	A/C Revilla
Otras	12	12	22	Pfizer L: PF 0211 V: 1-23	Ne Póres
Otras	12	febrero	2023		
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





## HOSPITAL FRATERNIDAD

### Club de Leones

Club de Leones, S.P.S. Fraternidad Segundo anillo periférico, 400 mts.  
al Norte del Centro Comercial Megaplaza,  
Col. Universal, San Pedro Sula.

Tels: 2553-0631 / 3187-7652 / 3187-0990 whatsapp: 9935-7279

Nombre: Ana Gomez R.

Expediente #: 91007

Edad: 27

Dirección: Yamaronquillo, Intibucá

Fecha: 29/3/23



CONSTANCIA DE VECINDAD

HACE CONSTAR

No. \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
23	06	23

Por L. 500

Recibí de: Caja Chica.  
 La Cantidad de: Quinientas Lempiras Lempiras  
 Por Cuenta de: Ayuda Social Salud, Marta Orellana. del Barrio Buenos Aires.

Sal. Ant. 500  
 Abono —  
 Saldo 500.

Marta Orellana  
 FIRMA  
 1016-1065-00036

Walmart Distribuidor Exclusivo

S4110: Ayuda Social a personas (Transferencia de cupotas).



## SOLICITUD

Barrió Buenos Aires, Yamaranguila

12/06/2023

Para: Alcalde Municipal Ing. Rumualdo Bejarano Rodríguez

De: Marta Orellana

Estimado señor alcalde, reciba un atento y cordial saludo deseándole éxitos en sus labores diarios son nuestros sinceros deseos

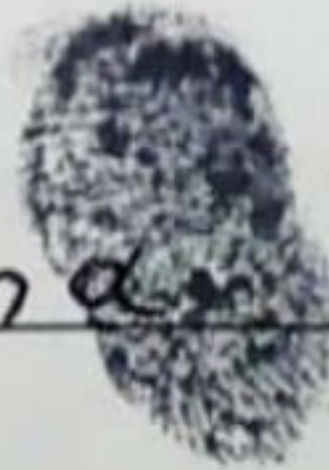
El motivo de la presente es para solicitarle su valioso apoyo ya que soy una persona necesitada y además no estoy en buenas condiciones de salud por tal razón hago esta pequeña solicitud si me ayuda con mi medicina para mi enfermedad las pastillas se llaman PRESSAR-D y SIL-NORBORAL( metformina) lo estoy comprando cada mes.

Esperamos una respuesta positiva, de ante mano le agradezco mucho.

Atentamente:

Marta Orellana

Marta Orellana  
1016-1965-00036




Subido Salud  
LPS. 500.









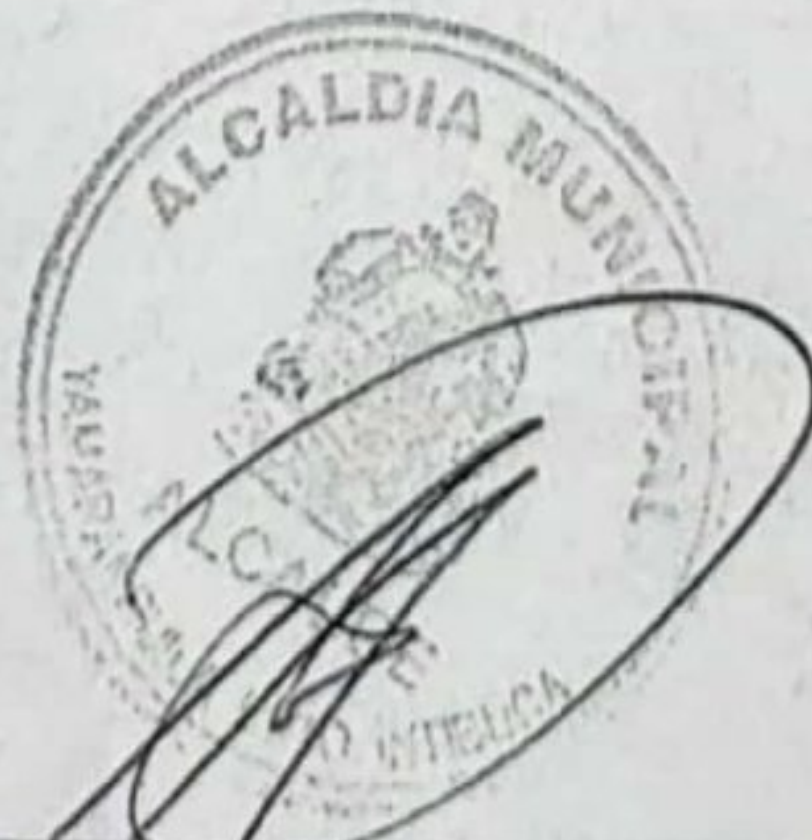
 ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES  
El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Marta Orellana  
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al  
año 2023 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° 623543

Yamaranguila 23/01/2023  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



Firma y Sello del Alcalde





# República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Marta Orellana

No. Identidad: 

1	0	1	6	1	9	6	5	0	0	0	3	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
13	02	1965

Sexo: Hombre  Mujer

Profesión/ocupación: Ama de casa

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

Dirección de Residencia: B<sup>a</sup> Buenos Aires

Número Teléfono/ Celular: N.T.

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS

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	30	06	21	PFIZER lote: FC 1436 Vence: 10/2021	
Segunda dosis	03	08	21	PFIZER L-FAC100 VE 11/21	
Otras	24	05	22	PRILER. V9-22 67: Et 7734	
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





# Centro Médico Génesis

Dr. Gámez (Cel. 9610-6056)

Barrio La Esperanza, atrás Iglesia Católica  
Yamaranguila, Intibucá

Fecha: 12/6/23

Nombre: Marta Orlandina

Edad: \_\_\_\_\_

Rx

→ Pt. la cual esta en Tx.  
en. con unino en san Juan  
donde Tx con Pressor D 300/72.5,  
50 + Metformina 1000, 1 Glibenclamide  
50 + CSil-Nobonol 1000  
Por los pues se excede lo  
pueda

Dr. \_\_\_\_\_



**DROGUERÍA MEDIMAS**



Residencial El Portal, Contiguo al Centro de Capacitación Técnico  
Honduras-corea, San Pedro Sula • e-mail:ventas@medimashn.com  
Teléfonos: 2565-3212 / 2565-3151



USO ORAL

30 Tabletas

**PRESSAR-D<sup>®</sup>**

300/12.5

Irbesartán/Hidroclorotiazida



Con ética en busca de  
la excelencia farmacéutica

**SIL-NORBORAL<sup>®</sup>**

GLIBENCLAMIDA, METFORMINA



Tabletas

**5 mg, 1000 mg**



Fórmula: Cada tableta contiene:

Glibenclamida..... 5 mg  
Clorhidrato de Metformina..... 1000 mg  
Excipiente cbp..... 1 tableta

Vía de administración: Oral. Léase instructivo impreso.



No. \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
23	06	23

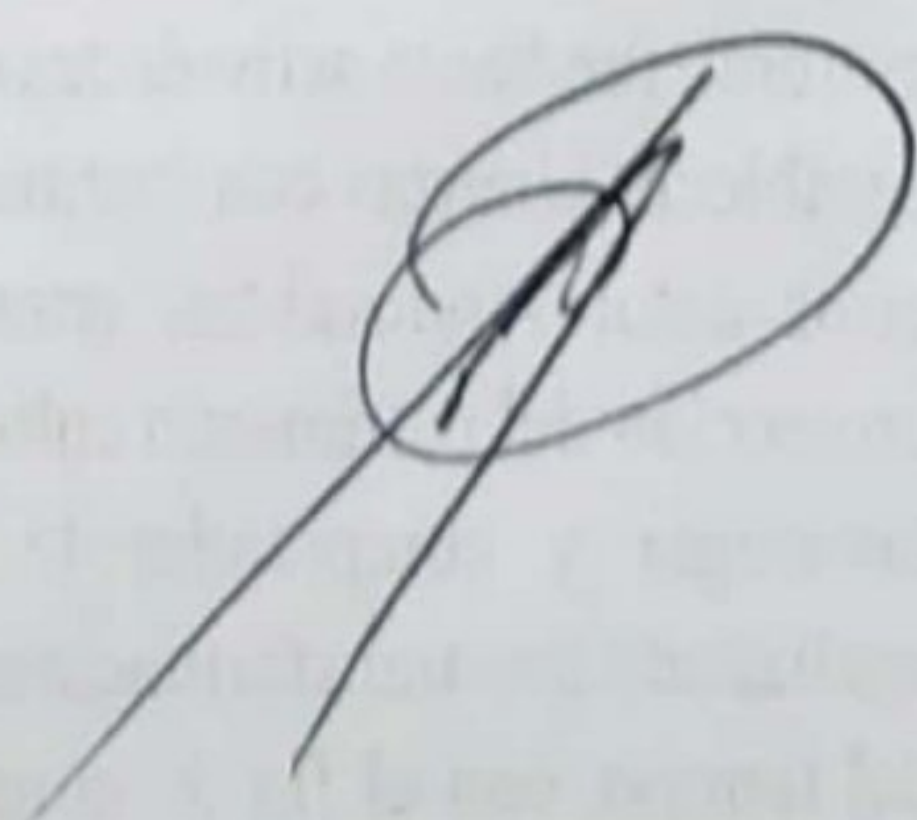
Por L. 7,000.

Recibí de: Caja Chica.  
 La Cantidad de: 7,000 Lempiras. Exactos. Lempiras  
 Por Cuenta de: Ayuda Social Salud, Beato  
Díaz de la Comunidad. La Puerta.

Sal. Ant. 7,000  
 Abono \_\_\_\_\_  
 Saldo 7,000

. Beato Díaz  
 FIRMA

10 16 1983 00027



Distribuidor Exclusivo

54110. Ayuda Social a personas. (Transferencia de caja)



# Solicitud

La Puerta Tamaranguila 8/6/2023  
De la Familia Rodriguez Diaz De Siandolez  
muchos Exsitos a toda la Corporación de  
Nuestro municipio y En especial mente a  
Nuestro Señor alcalde Humaldo Uejarano, que  
sigan a delante trabajando por bien de  
Nuestro municipio con la ayuda de Dios

El motivo de nuestra Familia es para  
pedirle su colaboración económica por el  
prestamo que hicimos con el muchacho Beato Diaz  
que fue muchetado la cual fue de 20,000 Tom  
Grundo 6 tornitos 2 Pintaz de Sangre para el  
ya que no contamos con lo suficiente para  
pagar este dinero y necesitamos su apoyo  
Señor alcalde En este momento  
Le agradeceremos mucho  
Gracias Firma

Familia

Ernesto Rodriguez  
y Faustina Diaz

Beato Diaz



Aprobación  
Salud. 1,000.  
23/06/23







 ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Berto Diaz

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 627693

Yamaranguila 23 - 6 - 2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



Firma y Sello del Alcalde





**ORTHOMED**  
Tecnología Ortopédica y Material Médico

98791131  
SOMANTHE

Boulevard Suyapa, frente al Materno Infantil, Centro Comercial Plaza San José, 1er. Nivel, Local No. 2  
Telefax: 2235-6311, Tel.: 2235-5637. Norman Cel. Ventas: 9435-6426

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: 30/05/2023

PRODUCTO A PRESCRIBIR:

2- Tornillos Esponjoso 3.5  
2- Tornillos de Herbertli 3.5

7.900  
7.

\_\_\_\_\_  
MEDICO





DEPARTAMENTO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

Nº. 23 08412

ID. 10116 90 00451

EDAD: 32

SEXO: F  M

DONANTE: Salvador Perez

BENEFICIARIO: Beato Diaz SALA: 011

CATEGORÍA: FAMILIAR  ALTRUISTA

PRODUCTO DONADO: SANGRE TOTAL 500 ML.

FECHA: 30.3.23-1-6

[Signature]  
FIRMA POR MEDICINA TRANSFUSIONAL

OBSERVACIÓN:

VÁLIDO POR 6 MESES Y NO ES TRANSFERIBLE  
NI NEGOCIABLE

Original: Medicina Transfusional HE  
Copia amarilla: Donante  
Copia rosada: Paciente







DEPARTAMENTO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

Nº. 23 08410

ID. 10116 1987 00213

EDAD: 35

SEXO: F  M

DONANTE: Marcelino Pérez Lorenzo

BENEFICIARIO: Beato Díaz SALA: 04

CATEGORÍA: FAMILIAR  ALTRUISTA

PRODUCTO DONADO: SANGRE TOTAL 500 ML.

FECHA: 3-5-13 7.6.73

MOM  
FIRMA POR MEDICINA TRANSFUSIONAL

OBSERVACIÓN:

VÁLIDO POR 6 MESES Y NO ES TRANSFERIBLE  
NI NEGOCIABLE

Original: Medicina Transfusional HE  
Copia amarilla: Donante  
Copia rosada: Paciente





No. _____	DIA	MESES	AÑO	Por L. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1,000</span>
	23	06	23	
Recibí de: <u>Caga Chica.</u>				
La Cantidad de: <u>Mil Lempiras exacto.</u> Lempiras				
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud. para Maria</u>				
<u>Isolina Lorenzo Perez de la Comunidad de</u>				
<u>Horcones.</u>				
Sal. Ant.	<u>1,000</u>			
Abono	<u>—————</u>			
Saldo	<u>1,000.</u>			
	<u>Maria Isolina Lorenzo P.</u> FIRMA <u>10 16 19 74 00 264</u>			



54110. Ayuda Social a personas (transferencia de capital).



# Solicitud

Para: Ing. Rivaldo Bejarano,  
Alcalde Municipal de Yamaranguila.

Reciba un cordial y respetuoso saludo.

Por medio de la presente queremos solicitar su apoyo, para la paciente Maria Isolina Lorenzo de 48 años de edad, procedente de la comunidad de Horcones, Yamaranguila, ya que la pte. no cuenta con los recursos económicos para trasladarse a la ciudad de Tegucigalpa a Hospital Cardio Pulmonar (Torax), esto debido a que pte es tratada por enfermedades respiratorias ya diagnosticadas:

- 1) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- 2) Bronquiectasia

Paciente estuvo internada en HEU, durante 20 días aproximadamente en tratamiento, posterior al alta le dejaron cita en CIE del INCP (Torax). Por lo que acudimos a la municipalidad solicitando su apoyo.

De antemano, agradecemos su atención y colaboración.

Att. Dra. Rivera  
UAPS Horcones



Autentado  
L 7000  
Subcedio Salud









ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Maria Isolina Lorenzo Perez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2023 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° 622978

Yamaranguila 16/01/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-2023



Firma y Sello del Alcalde



SALA:	FECHA DE EGRESO	HORA EGRESO	DESTINO
M.A.M	30/04/2023	13:00 h	CASA
DIAGNOSTICO DE INGRESO: 1) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica			
RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: 2) Bronquitis Sobreinfectadas 3) Hipertensión Arterial.			
paciente con historia de 1 mes de presentar disnea de mediano a pequeños esfuerzos acompañado de tos con expectoración blanca y fiebre de 5 días			
EXAMENES: de admisión, se realiza TAC torax = consolidado neumónico basal medial derecho Gram y cultivo = cocos gram positivos Cultivo 6 días de cobertura antibiograma			
EVOLUCION: con piperacilina + tazobactam, hoy en mejor estado general por lo que se decide a la medicación			
DIAGNOSTICOS FINALES: JEMS.			
CONDICION DE SALIDA: Estable.			
OBSERVACIONES:			
1) Salbutamol 2puff q12h x 1 semana.			
2) Bromuro de ipatropio 2puff x 1 semana.			
3) Beclometasona 2puff q12h x 1 semana.			
4) Ibuprofeno 20mg VO q12h x 7 días			
CITA DE CONSULTA EXTERNA: 5) Amoxicilina + clavulato 1g VO q8h x 10 días			
FIRMA Y CLAVE DEL MEDICO RESIDENTE: Cita consulta del IWC (torax).			
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS:		EDAD:	HISTORIA CLINICA:
María Lorenzo		48 años	1016197400264

E P I C R I S I S





**Hospital Escuela**

Gobierno de la República

CITA DE INCI (TORAX)



TRANSITO DE PACIENTES

HISTORIA: 1016197900264

NOMBRE DEL PACIENTE: María Lorenzo

DATOS CLINICOS: Paciente con historia de 1 mes de presentar disnea de mediana y pequeños esfuerzos acompañado de tos con expectoración hialina y fiebre de 5 días de evolución se realiza TAC torax = consolidado neumónico basal medial derecho Gram y cultivo = COCC, GRAM (+)

DIAGNOSTICO: ① EPOC  
② Bronquiectasia lobes infectada  
③ HTA



30            04            23  
MAY            MES            AÑO

FIRMA DEL MEDICO QUE REMITE





**Banco de Occidente. S.A.**

¡Apoyando al Pequeño de Hoy, Hacemos el Grande del Mañana!

COMPROBANTE DE PAGO DE TIGO

AGENCIA.....: AUTOBANCO BARRIO ABAJO  
 CODIGO DE AGENCIA..: 308  
 CAJERO.....: 05107 GLADYSDG  
 FECHAS TRN/PROC.....: 26/06/2023 26/06/2023  
 HORA.....: 09:55:04  
 CORRELATIVO/ANEXO..: 00000166 0098959833  
 TRANSACCION.....: 5793 RECAUDACIONES TIGO M/N  
 NUMERO DE TELEFONO.: 98959833  
 NOMBRE.....: 0  
 MONEDA.....: LEMPIRAS  
 FORMA DE PAGO.....: LEMPIRAS

SLD ANT.\$: 25.88	SLD ANT.L: 639.82
VLR PAG.\$: 25.86	639.24
SLD ACT.\$: 0.02	SLD ACT.L: 0.58

21 430 - Telefonía Celular.

Pago de Telefonía Celular. Alcalde Municipal de Yamaranguila. Cel. 98.95.98.33










Formulario de Registro de Bienes Nacionales

Formulario de Registro de Bienes Nacionales

RESUMEN DE BIENES NACIONALES	
Categoría y Tipo de Bien	
Bienes Nacionales	
Terreno Urbano	Terreno Urbano (Urbano) 1.1
Terreno Rural	Terreno Rural (Rural) 1.2
Edificio	Edificio (Edificio) 1.3
Instalación	Instalación (Instalación) 1.4
Equipamiento	Equipamiento (Equipamiento) 1.5
Financiamiento	Financiamiento (Financiamiento) 1.6

Este documento es un extracto de los datos de los bienes nacionales inscritos en el Registro de Bienes Nacionales de la República de Cuba, en virtud de la Ley No. 10 del 17 de febrero de 1995, y el Decreto No. 10 del 17 de febrero de 1995, y el Decreto No. 10 del 17 de febrero de 1995, y el Decreto No. 10 del 17 de febrero de 1995.



**SAR**

Este documento es un extracto de los datos de los bienes nacionales inscritos en el Registro de Bienes Nacionales de la República de Cuba, en virtud de la Ley No. 10 del 17 de febrero de 1995, y el Decreto No. 10 del 17 de febrero de 1995, y el Decreto No. 10 del 17 de febrero de 1995, y el Decreto No. 10 del 17 de febrero de 1995.

Ministerio de Administración de Bienes Nacionales

Calle de la Libertad No. 100, La Habana, Cuba. Teléfono: 5207



**b** **Banco de Occidente, S.A.**  
 ¡Apoyando al Pequeño de Hoy, Hacemos el Grande del Mañana!  
 308 AUTOBANCO BARRIO ABAJO

Cajero: 05107/GLADYSDG 09:52:50  
 Fecha Proc: 26/06/2023 Fecha actual: 26/06/2023  
**COMPROBANTE DE PAGO HONAFTEL**

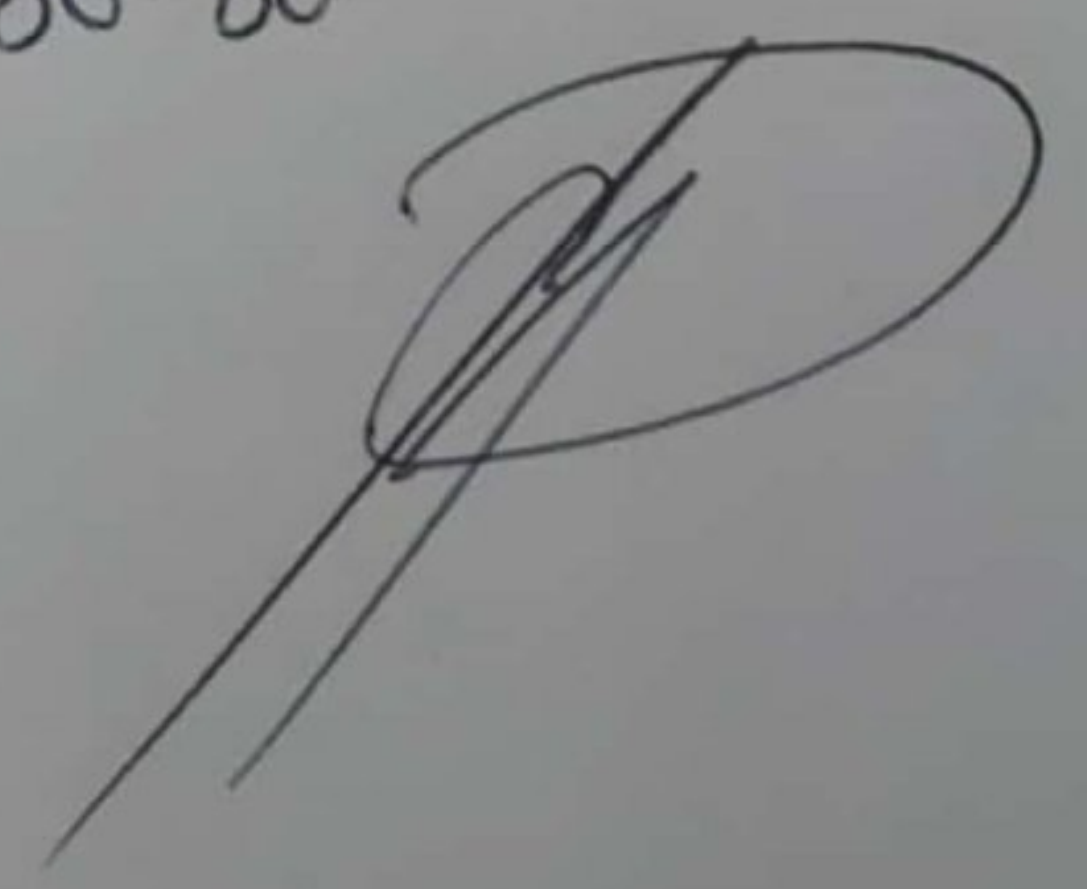
Número de Servicio.: 27838080  
 Tipo de Servicio...: 1  
 Nombre del abonado.: ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTIB  
 Fecha de la factura: 202305  
 Derecho de Línea...: 175.00  
 Consumo llamada loc: 0.00  
 Larga distancia Nac: 62.99  
 Larga distancia Int: 0.00  
 Cargos adicionales.: 1.46  
 Servic domestic 800: 0.00  
 Valor del mes.....: 239.45  
 (+)Impuesto del mes: 35.70  
 (-)Descuento de mes: 0.00  
 (-)Créditos del mes: 0.00  
 (-)Impuest del Créd: 0.00  
 Total Neto del mes.: 275.15

Saldo anterior mes.: 0.00  
 Impuesto saldo ant.: 0.00  
 VALOR PAGADO.....: L 275.15  
 VALOR RECIBIDO.....: L 275.15

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO

21420. Telefonía fija.

Pago de telefonía fija Alcaldía  
Municipal de Yamaranguila Tel. (8-95-0)  
273-80-80





# Aviso de Cobro por Servicio

## RTN 08019995285054



TELCEL HONDURAS - BALANCE ANTES DE 20/06/2023 1 1 2/85 8000 0  
 YAMONDAGUILLA ZONA 1 MAYO 2023 05  
 COMISIÓN MUNICIPAL DE YAMONDAGUILLA EN EL DISTRITO TELECOM 2  
 SAN SAN CARLOS PLAN BASICO

	SERVICIOS	IMPORTE	TOTAL
VALOR DEL MES	239.45	35.70	275.15
CREDITOS DEL MES	.00	.00	.00
<b>TOTAL PAGO DEL MES TELEFONIA</b>	<b>239.45</b>	<b>35.70</b>	<b>275.15</b>
ALDO ANTERIOR	.00	.00	.00
<b>VALOR FACTURA TELEFONIA</b>	<b>239.45</b>	<b>35.70</b>	<b>275.15</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>239.45</b>	<b>35.70</b>	<b>275.15</b>
CARGO DE LINEA	1.75	LOCAL SUB OPERADORES	.00
CARGO DE LLAMADAS LOCALES	.00	SERVICIO 800	.00
CARGO DISTANCIA NACIONAL	5.54	LLAMADAS A CELULARES	37.65
CARGO DISTANCIA INTERNACIONAL	.00	ZONA 191	.00
CARGOS ADICIONALES	1.46		
<b>VALOR DEL MES</b>		<b>239.45</b>	
AS	IMPULSO DEL MES	1	35.70
ENOS	CREDITOS DEL MES		.00
ENOS	IMPUESTO DEL CREDITO		.00
<b>TOTAL PAGO DEL MES TELEFONIA</b>			<b>275.15</b>
ALDO ANTERIOR			.00
AS	IMPUESTO DEL SALDO ANTERIOR		.00
<b>TOTAL SALDO ANTERIOR</b>			<b>.00</b>

275.15

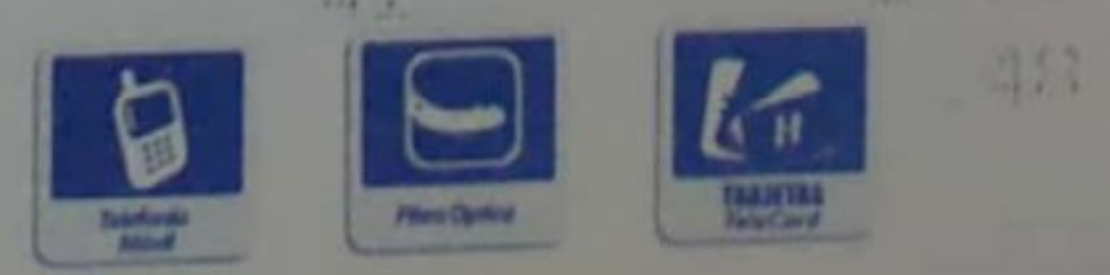
**TOTAL A PAGAR** 275.15

DETALLE DE CONSUMO DE LLAMADAS LOCALES	FACTURA	ACTIVO	AMPLIACION	LA BUNDA	MINUTOS	TARIFA	VALOR
	14.518		14.518	210 =	0	.50	.00

275.15

### FLORA DE REPOSICION 20/06/2023

DETALLE DE LARGA DISTANCIA	FLORA	HORA	SUBI PAIS	AREA	TELEFONO DESTINO	TIPO TOR	MIN 10	VALOR
	4/04/2023	74741	GRY	98212778	CELUL HOVI DINA P		32	1.90
	4/04/2023	74748	GRY	97511415	CELUL HOVI DINA P		1	.03
	4/04/2023	75110	GRY	97754355	CELUL HOVI DINA P		17	1.03
	4/04/2023	75404	GRY	33364556	MLGATEL HOY DINA P		1	.03
	4/04/2023	75416	GRY	33364556	MLGATEL HOY DINA P		2	.11
	4/04/2023	81422	GRY	98212778	CELUL HOVI DINA P		17:50	7.70
	7/04/2023	133739	GRY	26627600	SORTA RUGA DINA P		3:19	5.33
	7/05/2023	93017	GRY	96283971	CELUL HOVI DINA P		1	.03
	9/05/2023	93912	GRY	94815771	CELUL HOVI DINA P		17	1.03
	17/05/2023	95045	GRY	96707017	CELUL HOVI DINA P		07	2.57
	27/05/2023	95045	GRY	95079027	CELUL HOVI DINA P			.48





# DISTRIBUIDORA CESARITO

## Venta de Abarrotería en General

Prop: Cesar Augusto Durón Molina  
Email.: cesaradmolina@gmail.com  
TEL: 9562-5189 R.T.N. 10161977004709  
Barrio La Esperanza, Una Cuadra Abajo De Iglesia  
Católica, Yamaranguila, Intibucá, Honduras, C.A

Crédito   
Contado   
DIA MES AÑO  
27 06 23

Cliente: Alcaldía Municipal de Yamaranguila  
Dirección: B- San Carlos  
R.T.N.: 1016 9003429966 Tel. \_\_\_\_\_

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
3	pgtes papel 1000h.	60.00		180.00
1	Galón de claro.	85.00		85.00
2	bolsas de ase 400g	18.43		36.86
TOTAL L.				301.86

CAI: 754416-753508-804090-C8B827-D60647-79  
Fecha Límite de Emisión: 09/05/2024  
Rango Autorizado:  
000-001-01-00005201 al 000-001-01-00005800  
Fecha de Recepción: 09/05/2023

VALOR EN LETRAS: Trecientos uno  
con 0.86/100 LPS.

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

### FACTURA

000-001-01-00 **Nº 005349**

Original: Cliente Copia 1: Obligado Tributario Emisor

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	85.00
IMPORTE GRAVADO 15% L.	188.57
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
I.S.V. 15% L.	28.29
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	301.86

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

[Firma]  
Firma

Pago de elementos de Limpieza, para usos de Oficinas Municipales.

39700. Elementos de limpieza y Aseo Personal

Imprenta Tecnográfica RTN. 15031995006165 • Tel.: 2783-4232 • CERTIFICADO Nº 9231-22-10500-42