



Reposiciones del Fondo en Avance de Caja Chica

Emisión: 7/9/2023

Hora: 10:51 a.m.

Pagina: 1 de 2

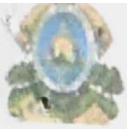
Honduras, C.A.

Moneda: Lempiras (L)

Expediente No.: 43

No. Rendición: 7207594

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DEL GASTO	SUB-TOTAL	TOTAL	RETENCIONES	LIQUIDO
SERIE: 01	NUMERO: 01				
13 02 000 001 000 54200 11-001-01	Pago de sello de madera Patronato el Obispo.	450.00			
		Total Factura:	450.00	0.00	450.00
SERIE: 02	NUMERO: 02				
11 01 000 001 000 54200 11-001-01	Pago de libras de fresa, para Inauguracion Centro Educativo Francisco Morazon de la Comunidad de Planes	770.00			
		Total Factura:	770.00	0.00	770.00
SERIE: 03-07-08-11-12-15	NUMERO: 03-07-08-11-12-15				
11 03 000 002 000 54110 11-001-01	Ayuda Social Salud a la niña Samantha Sanchez Sanchez de la Comunidad de los Olivoz./Ayuda Social Salud a la niña Mery Lourdes Perez Rodriguez de la Comunidad de Quebrada de Lajas./Ayuda Social Salud a la niña Yensy Andrea Lemuz Bautista de la Comunidad de Quebrada de Lajas./Ayuda Social Salud a la niña Nohelia Alejandra Perez Bautista de la Comunidad de la Rinconada./Pago de libras de fresa para visita de Directores de Parques./Ayuda social salud a la niño Jose Pablo Sanchez de la Comunidad de Santa Cruz.	4,060.00			
		Total Factura:	4,060.00	0.00	4,060.00
SERIE: 04	NUMERO: 04				
03 00 000 004 000 21430 11-001-01	Pago de Telefonía Celular, Alcalde Municipal de Yamaranguila Ce.98-95-98-33	625.01			
		Total Factura:	625.01	0.00	625.01
SERIE: 05	NUMERO: 05				
12 00 000 003 000 54110 11-001-01	Ayuda Social Salud a la señora Maria Lucia Vasquez Bautista de la Comunidad de la Rinconada.	1,000.00			
		Total Factura:	1,000.00	0.00	1,000.00
SERIE: 06	NUMERO: 06				
03 00 000 004 000 25500 11-001-01	Pago de TGR. para plan de emergencia actualizada 2023.	200.00			
		Total Factura:	200.00	0.00	200.00
SERIE: 09	NUMERO: 09				
03 00 000 004 000 26210 11-001-01	Pago de Biaticos a Tecnico de UMT a Tegucigalpa para entrega del plan operativo de emergencia actualizado año 2023.	700.00			
		Total Factura:	700.00	0.00	700.00
SERIE: 10-13	NUMERO: 10-13				
11 02 000 001 000 54200 11-001-01	Ayuda Social Salud al señor Santos Sabino Lopez Perez de la Comunidad de Horcones./Ayuda Social Isidro Manueles Perez de la Comunidad de Cofradia.	1,800.00			
		Total Factura:	1,800.00	0.00	1,800.00
SERIE: 14	NUMERO: 14				
03 00 000 004 000 23200 11-001-01	Pago de mantenimiento de moticleta d Tecnico de Agricola.	320.00			
		Total Factura:	320.00	0.00	320.00
SERIE: 16	NUMERO: 16				
03 00 000 004 000 39100 15-013-01	Pago de elementos de limpieza (papel higienico) para uso de oficinas Municipales.	74.99			
		Total Factura:	74.99	0.00	74.99



Reposiciones del Fondo en Avance de Caja Chica

Emisión: 7/9/2023
 Hora: 10:51 a.m.
 Pagina: 2 de 2

Honduras, C.A.

Moneda: Lempiras (L)

Expediente No.: 43

No. Rendición: 7207594

Total: 10,000.00

Fuente Especifica	Nombre de la Fuente	Monto Total
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	9,925.01
15-013-01	Fondos Propios Municipales	74.99
Total Fuentes Especificas:		10,000.00

RETENCIONES		
Código		Monto
Total Retenciones:		0.00

3s+js/j9JmdeDNVgyk0AdNmwlIBtyBSr6lDwd4h7RV39/MexfuJ7khBqEydnc7cknbmq2Qc3vmMthH75fjmJ63jLuHarogsPHF4Ufl8tsduE+Izoel7Afrko+KyETWP4

SOLICITUD

El obispo Yamaranguila Intibuca

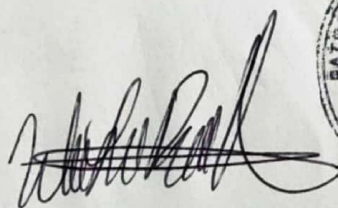
21 de julio 2023

Sr. Alcalde Municipal Ing. Rumualdo Bejarano y Sr Juez De Justicia Municipal Maximiliano Rodríguez

Reciba un atento y cordial saludo de parte de patronato y fuerzas vivas de nuestra comunidad deseándoles éxitos en sus delicadas funciones

La presente solicitud es para solicitarle nos puedan apoyar hacer el cambio de nuestro sello ya que no contamos con el respectivo sello municipal es mandado hacer con el que contamos y no tiene el logo municipal, esperamos nos lo puedan cambiar para tenerlo como los demás patronatos.

Le agradecemos su valioso apoyo hacia nosotros atentamente:



Presidente Patronato

0202199100133



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Waldina Liseth Romero H

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° 622613

Yamaranguila 01/01/2023
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Handwritten Signature]
Firma y Sello del Alcalde



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Waldina Liseth Romero Hernandez

No. Identidad: 0202199100133

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
01	Abril	1991

Sexo: Hombre Mujer

Profesión/ocupación: Comedor

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: El Obispo

Número Teléfono/ Celular: 97727888

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS Yamaranguila

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	15	07	21	Moderna V=29/10/21 L=039C21A	Nic. Henríquez
Segunda dosis	11	08	21	Moderna V=29/21 L=063 D21A	Leibel
Preferido Otras	30	12	21	Pfizer lot: FJ8758 V 2/22	ALE 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

Luis Beltran Hernandez Vasquez

Aldea Los Llanos, Llano Largo, 10 Calle, 1ra Avenida, Casa #12,
Yamaranguila, Intibucá, Honduras C.A.
R.T.N. 10161967002705 / Tel. 9640-7782
E-mail: luisbeltranh1967@gmail.com

Fecha 26 de 07 de 2023
 Cliente: Alcaldía Yamaranguila
 Dirección: B. San Carlos
 R.T.N.: 1016-003429966 Tel. 2782 8080
 Condiciones de Pago: Contado Crédito Días

CANT.	DESCRIPCIÓN	P.UNITARIO	Desc./Reb Otorgados	TOTAL
45	libros Pesa. Bandy	55		2.20
11	libros de Pesa.	50		5.50
TOTAL L				770

CAI: BCA378-317B88-DC4C90-3B4393-227920-58
 Fecha Limite de Emisión: 15/06/2023
 Fecha de Recepción: 15/12/2022

Rango Autorizado
 000-001-01-00000051 al 000-001-01-00000100


No. Ord. de Compra Exenta	
No. Coñst. de Reg. de Exonerado	
No. Reg. de La SAG	
No. de Carnet Diplomático	

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	770
IMPORTE GRAVADO 15% L.	
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
I.S.V. 15% L.	
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	770

VALOR EN LETRAS: Setecientos setenta

FACTURA
 000-001-01-0 0000076 L. Beltran
 Firma

LA FACTURA ES BENEFICO DE TODOS "EXIJALA"

Diques sin fines de lucro
 34200 Tranter


Pago de Libra d fresas, para Inauguraci6n Centro Educativo, Francisco Morazan. de la Comunidad de plones.



MUNICIPALIDAD DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
INSCRIPCIÓN DE PARTICIPANTES



Nº 005842

Nombre del Evento: Juaguaración Sembró Educativo Francisco Morazan

Lugar: Planes Yamaranguila Fecha: 27-06-2023

No.	NOMBRE	IDENTIDAD	COMUNIDAD	ORGANIZACIÓN Y CARGO QUE REPRESENTA	FIRMA/HUELLA	TELÉFONO
1.-	Vamileth Dominguez	1016-2007-00147	Planes.	Participante		99224646
2.-	Lorena Vami F. Peice	1016-1999-00021	Planes.	Participante		
3.-	Abelina Peice	1016-1998-00625	Planes	Participante		97992376
4.-	Gloria Encarnada Rodriguez	1016-1991-00024	Yamaranguila	Participante		97888630
5.-	Lidia Gabriela Anaya	1016-2002-00321		Participante		
6.-	Norma Elizabeth Rodriguez	1016-1989-00913	Planes	Participantes		
7.-	Milagros Sarahy Pineda Reyes	1001-2010-00012	Planes	Participantes		
8.-	Lidia Marcela Reyes Reyes	1016-1984-00760	Planes	Participantes		
9.-	Tomás Pérez Lorenzo	1016-1950-00157	Planes	Participantes		
10.-	Fátima Andrea García García	1016-2010-00255	Planes	Participantes		
11.-	Cristian, Juan Hernandez	1016-2006-00237	Planes	Participantes		
12.-	Sandra Aracely Vasquez	1016-1988-00017	Planes	Participantes		
13.-	Wendy Maria Rodriguez	1016-1999-00802	Planes	Participantes		
14.-	Lidia Aracely Anaya	1016-2003-00034	Planes	Participantes		
15.-	Jorge Arturo Bautista	1016-2004-00512	Planes	Participantes		
16.-						
17.-						
18.-						
19.-						
20.-						
21.-						
22.-						
23.-						
24.-						
25.-						

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



© 2013 ONE Distribuidor Exclusivo
Cajeros de Honduras

No. _____

DIA	MES	AÑO
31	7	23

Por L. 800.

Recibí de: Caja Chica.

La Cantidad de: ochocientos exactos Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Salud, a la niña
Samantha Sanchez Sanchez de la comunidad de
Los Olivos Sumadre Maria
Irido Sanchez.

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

maria Aida sanches
FIRMA
1016 1999 00267



Solisitud

Señor Alcalde

Resiba un atento y cordial saludo en sus labores diarias y alado de su familia!"

Y despues paso alo siguiente es para solisitar le si me puede alludar con el tratamiento de mi hija por que aya me le pego la enfermedad que se Yama neumonia y a eya ya la an tratado en hospitales y no se a mejosado i la quiero cambiar donde un doctor pribado.

Att

Maria Aida sanchez

1016 1998 00267

Maria Aida sanchez

Cel. ~~93-36-13-85~~
93-36-13-85.





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Maria Aida Sanchez

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° 627287

Yamaranguila 31-3-2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Signature]
Firma y Sello del Alcalde

Hoja de transito.

Cita: 16/06/23 CIS mas cercano.

Nombre: Yendri Samantha Sanchez Exp: 1001-2023-00053.

Resumen Historia Clinica: Paciente femenina lactante menor de 4 meses de edad se ingresa al HMI al servicio de pediatría por tos, fiebre sugestivamente alta y marcada polipnea; sat 88-90%.
FR = 80-88 N'

Diagnosticos finales: NASS y SBO.



Documentación Soporte de afoda Social Salud a la
niño Samantha Sanchez de la Comunal de las
olivas.



Banco de Occidente. S.A.

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

COMPROBANTE DE PAGO DE TIGO

AGENCIA.....: AGENCIA BARRIO ABAJO
CODIGO DE AGENCIA...: 307
CAJERO.....: 05057 NERLIDH
FECHAS TRN/PROC....: 31/07/2023 31/07/2023
HORA.....: 15:06:14
CORRELATIVO/ANEXO...: 00000984 0098959833
TRANSACCION.....: 5793 RECAUDACIONES TIGO M/N
NUMERO DE TELEFONO.: 98959833
NOMBRE.....: 0
MONEDA.....: LEMPIRAS
FORMA DE PAGO.....: LEMPIRAS

SLD ANT.\$: 25.29

SLD ANT.L: 624.67

VLR PAG.\$: 25.30

625.01

SLD ACT.\$: 0.01

SLD ACT.L: 0.34

21430. Telefonía Celular.



Pago de Telefonía Celular. Alcalde Municipal.
de Yamaranguila Cel. 98-95-98-33.



Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 02/05/2019

RTN: 1016*985008202


RUMUALDO BEJARANO RODRIGUEZ

Nombre o Razón Social

Inscripciones	
Ventas-Selectivo	<input type="checkbox"/> Productores Importadores de Cigarrillos <input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/> Productor Alcoholes Licores <input type="checkbox"/>
Exportador	<input type="checkbox"/> Distribuidor Alcoholes Licores <input type="checkbox"/>
Imprentas	<input type="checkbox"/> Importador Alcoholes Licores <input type="checkbox"/>
Prestamista	<input type="checkbox"/>

Bajo Leyes: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 155 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 6 del Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista Bancario Acuerdo 42 de 1973, Art. 30, 39 y 46 del Decreto N° 17-2010, Art. 46, 48, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 104 del Código Tributario.


Mesa Directiva

  **SAR**

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412-3587250 Transacción: 61CF9C

No. _____

DIA	MES	AÑO
1	08	23

Por L. 1000.

Recibí de: laja chica.

La Cantidad de: 1000 Lempiras exactos Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Salud, a la Señora
Maria Lucia Vasquez Bautista. A su padriastro
Santos Lorenzo Rodriguez de la
Comunidad de la Encarnada.

Sal. Ant. 1000

Abono _____

Saldo 1000.

FIRMA

Santos Lorenzo R.

© 2013 OPE Distribuidor Exclusivo de Honduras



54110. Ayuda Social a personas (Transferecia de capita J.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Santos Lorenzo Rodríguez

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° 624167

Yamaranguila 09/02/2023
Lugar y Fecha

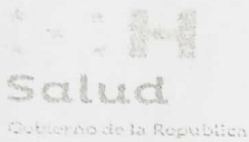
VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Signature]
Firma y Sello del Alcalde

Documentación Soporte

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL DR. ENRIQUE AGUILAR CERRATO
INTIBUCÁ, INTIBUCÁ, HONDURAS, C.A.



Oficio. No. 161.2023-TSHEAC
31. Julio. 2023

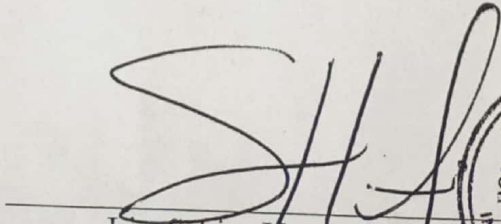
Ing. Rumualdo Bejarano Rodríguez
Municipalidad de Yamaranguila


Por parte de la oficina de Trabajo Social, le enviamos un cordial saludo, deseando muchos éxitos en cada una de las actividades que emprenden.

En la sala de medicina interna para mujeres en la cama 120, se encuentra ingresada la paciente *María Lucia Vásquez Bautista* con número de identidad *1016-1999-0013* de 24 años de edad., procedente de Semane-Yamaranguila quien anda en compañía de su madre la señora; *María Amparo Bautista Vásquez* con numero de identidad *1016-1981-00540*, y su padrastro el señor; *Santos Lorenzo Rodríguez* con número de identidad *1016-1977-0169*.

La paciente ingreso el 28 de julio a la fecha, de acuerdo a la evaluación medica tiene una condición especial, NAC + Epilepsia controlada y secuelas de PCI, dado a su condición de salud los médicos refieren que deben de contar en casa con *Nebulizador para adulto* y algunos medicamentos de los cuales no hay en el hospital, sin embargo; la familia son de muy escasos recursos y no cuentan con la solvencia necesaria para poder comprarlo, por lo tanto se le solicita de su valiosa colaboración para apoyar a la familia.

Sin otro particular


Lic. Sabina Hernández
Unidad de Trabajo Social
Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato





Banco de Occidente, S.A.

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

PAGOS T.G.R. - 1

BANCOCCI 301 SUCURSAL LA ESPERANZA

USUARIO: JDIAZ /02780 HORA: 12:12:10

FECHA PROCESO: 09/08/2023 FECHA ACTUAL: 09/08/2023

AUTORIZACION: 720046

TRANSACCION: 5876 PAGOS TGR-1 TESORERIA GENERAL REPUB

NUMERO DE RECIBO 11590921

EFFECTIVO LEMPIRAS	L 200.00
CKS. PROPIOS	L 0.00
CKS. DE OTROS BANC	L 0.00
VALOR FINANCIERO	L 0.00

TOTAL OPERACION L 200.00

INSTITUCION 041 SECRETARÍA DE ESTADO EN LOS DESPACHOS

MOTIVO DE PAGO 12121 EMISIÓN, CONSTANCIAS, CERTIFICACIONES

TIPO DE ID. 2 R.T.N. (NUMERICO)

IDENTIFICACION 10169003429966

NOMBRE/RAZON SOCIAL ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTI

SON:***DOSCIENTOS CON 00/100*****

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO

25500. Comisiones y Gastos Bancarios



Pago de TGR. Para plan de emergencia actualizado 2023.



RECIBO DE PAGO
 INGRESOS CORRIENTES

1	RTN O N° DE IDENTIDAD RTN - 10169003429966
---	-----------------------------------------------

2	N° DE RECIBO TGR-0011590921
---	--------------------------------

3	RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL COMPLETA SI ES SOCIEDAD O APELLIDOS Y NOMBRES SI ES PERSONA NATURAL ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTIBUCA	
4	CÓDIGO	TOTAL
	12121 - 000 12121 - Emisión, Constancias, Certificaciones y Otros	L. 200.00
5	TOTAL A PAGAR: DOSCIENTOS LEMPIRAS	L. 200.00

[Faint, illegible text, likely a stamp or watermark]

miércoles, 9 de agosto de 2023 12:02 p.m.

Fecha y Hora de Generación

Firma de Contribuyente

Para uso exclusivo del banco

6	FECHA DE PAGO		
	DÍA	MES	AÑO
	09	08	2023

8	VALOR RECIBIDO
	L. 200.-

7	CODIGO BANCO		
	1	226	

Sello Oficial Recaudadora

2 : Institución

[Handwritten Signature]
 FIRMA DEL CAJERO



Distribuidor Exclusivo de Honduras

No. _____

DIA	MES	ANO
10	8	23.

Por L. 1000.

Recibí de: Casa Chisca.

La Cantidad de: 1000 Lempiras Exactos Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Social Mery Lourdes Perez Rodriguez, Sumache. Dnsa Maria Rodriguez perez de la Comunidad de Quebrado de Lajas

Sal. Ant.	<u>1000</u>
Abono	<u>—</u>
Saldo	<u>1000.</u>

FIRMA



54710. Ayuda Social a personas Transferencia de capital.

Solicitud

Amoranguí, Barrio Quebrada de Lajas

Para el señor Alcalde.

Romaldo Bejarano

Que Dios Le Bendiga en sus Labores Diarias

Después Paso a los siguientes es para decirle
que si me ayude en: 2500 Dólares para pagar
un dinero que saque prestado
para pagar en la Clínica porque fui de Emergencia
con mis dos niñas enfermas
ya que no tenía ese dinero y lo saque prestado
para pagar en la Clínica

Espero me ayude de agradecer mucho
porque los necesito para pagarlos al que
me los prestó

Le agradeceré mucho

Firma: Dunia Maria Rodriguez Perez

No: 1016.1493.00180

presidente patronato

Juanquin Reyes



Este Niño es Hondureño, no lo abandone ni en la miseria, ni en la ignorancia.

Presente esta Boleta cuando lleve a este Niño al Centro de Salud.

Mande a su Hijo a la Escuela para que sea un Hondureño digno y lleve con orgullo el nombre de sus padres presente esta Boleta Al Matricularlo.

"Los padres están obligados a Alimentar, Asistir y Educar a sus Hijos durante su minoría de edad, y en los demás casos que legalmente proceda"

ARTICULO 121, PARRAFO 1 DE LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS



CONSTANCIA DE INSCRIPCION

Nació 05-03-2012

REGISTRO DE NACIMIENTOS

1016201200172

NUMERO DE IDENTIDAD

OFICINA MUNICIPAL DEL R.N.P. DE

Yammaranguila Intibucá
MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO

INSCRIPCION DE NACIMIENTO

AÑO 2012 TOMO 192 FOLIO 023 ACTA NO.

00172

INSCRITO:

Mery Lourdes

Nombre

Pérez

Primer Apellido

Rodriguez

Segundo Apellido

Día Mes Año

05032012

Fecha de Nacimiento

M

Sexo

TIPO DE SANGRE

TIPO-CODIGO

RH P N

PADRE

Mario Pérez

Nombre y Apellidos

Hondureña

Nacionalidad

MADRE

Dania Maria Rodriguez Pérez

Nombre y Apellidos

Nacionalidad

Yammaranguila Int. 14-03-2012

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y Sello del Registrador Civil Municipal

REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MUNICIPIO DE YAMMARANGUILA
DEPARTAMENTO DE INTIBUCA
HONDURAS C.A.

Forma 02-02-02



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Dania María Rodríguez Pérez

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° 624335

Yamaranguila 17/02/2023
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-2023



[Signature]
Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Donia Maria Rodriguez Perez

No. Identidad:

1	0	1	6	1	9	9	3	0	0	1	8	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
03	03	1993

Sexo: Hombre Mujer

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: B. Q. de Lajas

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: CBS 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	2	08	2021	Astrazeneca 210112 Oct-21	L.C. Mendez
Segunda dosis	12	Oct.	21	Artaxenon V=10/21 2-210160	L.C. Mendez
Otras	17	Mayo	22	Pfizer FT7737 V 9/22	L.C. Mendez
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

Documentación Soporte.



LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS "DALIF" S. R. L. DE C.V.

Tels. 2783-1317 / 2783-2537 R.T.N. 10019012448317
Bo. El Centro, Frente Al Centro De Salud,
La Esperanza, Intibucá, Honduras, C.A
Email. fanvely77@yahoo.com

Cliente: Donia Maria Rodriguez

Fecha: 3 / Agosto / 2023

R.T.N.

Dirección:

Tel:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
	Exámenes de laboratorio.			L.460

No. Ord. de Compra Exenta
No. Const. de Reg. de Exonerado
CAI: B0262B-469253-474BBD-CC43C9-234893-D1
Fecha Límite de Emisión: 11/05/2024
Rango Autorizado:
000-001-01-00007251 al 000-001-01-00007850
Fecha de Recepción: 11/05/2023



IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	
IMPORTE GRAVADO 15% L.	
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
I.S.V. 15% L.	
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	L.460

FACTURA

000-001-01-00 **Nº 007443**

Son Lps: Cuatro Cientos Sesenta
IPS exactos.

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

QBL

Abono 2000
06-08-23

Documento no valido para Crédito Fiscal.

Por Lps. 2,000

DÍA	MES	AÑO
10	08	23

Recibimos de: Donia Maria Rodriguez Perez
La suma de: Dos mil lempiras Lempiras
Por concepto de: atencion en clinica Santa Teresita más
medicamentos

Saldo Anterior	<u>2,000</u>	
Abonó Hoy	<u>1,000</u>	
Saldo Actual	<u>00</u>	



Nota: Documentación Soporte, de la ayuda social Salud de la Ciudadana Mery Lourdes Perez Rodriguez de la Comunidad de Quebrada de Lajas.



© 2015 ONE Distribuidor Exclusivo
Cajitas de Honduras

No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. 500.
	11	08	23	
Recibí de:	1 Ayl Caja Chica			
La Cantidad de:	Quinientos exactos.			Lempiras
Por Cuenta de:	Ayuda Social. Salud a la rra. Yenny Andrea Lemuz Bautista Su madre hermana Yamillet Lemuz Bautista de la Comunidad de Quebrada de Lojas			
Sal. Ant.	_____			
Abono	_____			
Saldo	500			
	Yamillet Yamillet Lemuz Bautista			FIRMA



54710 - Ayuda social a personas (Transferencia de Capital)

Solicitud

Xamaramquilla Barrio Quebrada de lajas

Señor Alcalde Municipal Ingeniero Rómulo Bejarano
 enviándole un cordial Saludo en sus funciones
 diarias

el motivo de la presente es
 ya que mi niña está en mal de salud
 y por eso le estoy solicitando que me pueda apoyar
 ya que soy una madre sola y usted conoce las
 necesidades

espero que tome en cuenta mi solicitud

y de Antemano muy Agradecida

Firma Herminia Yamileth Lemus Bautista

presidente patronato
 Joaquín Reyes



Aprobación
 LPS. 500.
 Sobordo mesa y Jovenal
 Salud
 9/8/23

CERTIFICACIÓN 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	9	-	0	0	2	7	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 075 del tomo 00243 del Año 2019 y que pertenece a:

a) LEMUZ b) BAUTISTA
Primer Apellido *Segundo Apellido*
c) YENSI ANDREA SEXO F M
Nombre

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) INTIBUCA b) INTIBUCA c) HONDURAS
Municipio *Departamento* *País*
d) DOS e) JULIO f) 2019
Día *Mes* *Año*

2.) Número de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad del padre:

a) ----- b) -----
Primer Apellido *Segundo Apellido*
c) ----- d) -----
Nombre *Nacionalidad*

3.) Número de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad de la madre:

N. Identidad: 1016-1994-00548

a) LEMUZ b) BAUTISTA
Primer Apellido *Segundo Apellido*
c) HERMINIA YAMILET d) HONDUREÑA
Nombre *Nacionalidad*

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en YAMARANGUILA INTIBUCA
Municipio *Departamento*

a los: VEINTIDOS días del mes de NOVIEMBRE

del DOS MIL VEINTIDOS


REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
10 16
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL
YAMARANGUILA, INTIBUCA
HONDURAS, C.A.



FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Herminia Yamilet Lemuz B

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° 624877

Yamaranguila 16/02/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Handwritten signature]

Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Hermínia Yamileth Lemuz Bautista

No. Identidad: 1016199400548

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
01	08	94

Sexo: Hombre Mujer

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: B. Quebrada de Lajas

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS Yam.

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	21	08	21	Pfizer Lot: FT2021 V: 11/21	AG/ Sonia
Segunda dosis	05	10	21	Pfizer Lot: 30150BAA V: 11/21	AG/ Meza
Otras	28	04	27	Pfizer Lot: FT0366 V: 8/27	AE Reyes
Otras	11	02	20	23 Pfizer 13	31 03 LFY
Otras	23	L			

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

Documentación Soporte de la Ayuda Social a la
nra Henci Andrea Lemuz Bautista.



CENTRO MEDICO SANTA LUCIA
YAMARANGUILA, INTIBUCA



Receta

Fecha: 22 mes: 7 año: 23

Nombre del paciente: Yenci Andrea Bautista

Edad: 45 # id: _____

Para la mujer evaluada
habida el 20 de junio del
2023 por lo que se
con fuese

Para los fines de exclusión
fueron



© 2013 ONIC Distribuidor Exclusivo
Cajitas de Honduras

No. _____

DIA	MES	AÑO
11	08	23

Por L. 700.

Recibí de: Cajita, Orisca

La Cantidad de: Setecientos Exactos Lempiras

Por Cuenta de: Cuenta de pago de practicas al
Tecnico de UTM. Donde se hizo entrega del plan de
Emergencia Municipal actualizado

Sal. Ant. 700

Abono

Saldo 700.

[Signature]
FIRMA



26210. Practicas Nacionales

[Signature]



REPUBLICA DE HONDURAS
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



AYUDA MEMORIA

Lugar y Fecha: Tegucigalpa 10 de agosto de 2023.

Actividad: Entrega de Plan de Emergencia Municipal en la oficina central de COPECO.

Objetivo: Entrega de forma física el Plan de Emergencia Municipal del Municipio de Yamaranguila Departamento de Intibucá para que sea revisado y certificado por el departamento encargado de COPECO.

TEMAS A TRABAJAR.

1. Escaneo del documento.
2. Encuadernado del documento.
3. Entrega del documento en la secretaria general de COPECO en Tegucigalpa.
4. Recepción del documento por parte de la secretaria del OPECO.
5. Firma y sello de recibido del documento,
6. Para la entrega del documento PEM deberá ser acompañado de documentación personal del alcalde,

ACUERDOS Y COMPROMISOS

1. Revisión del Plan de Emergencia Municipal por parte de COPECO.
2. Comunicación con la Municipalidad de Yamaranguila para indicar las observaciones.
3. La municipalidad cumplirá en corregir las observaciones indicadas por COPECO.
4. Certificación del Plan de Emergencia Municipal por parte de COPECO.
5. COPECO indicara la fecha de entrega de la certificación del PEM.

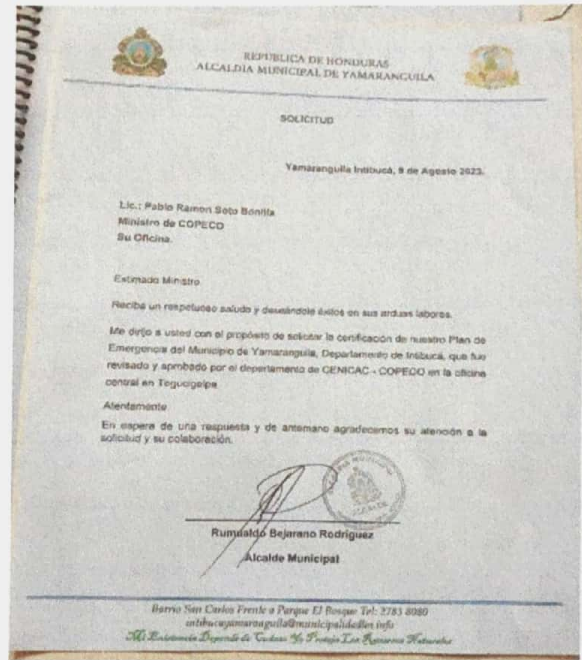
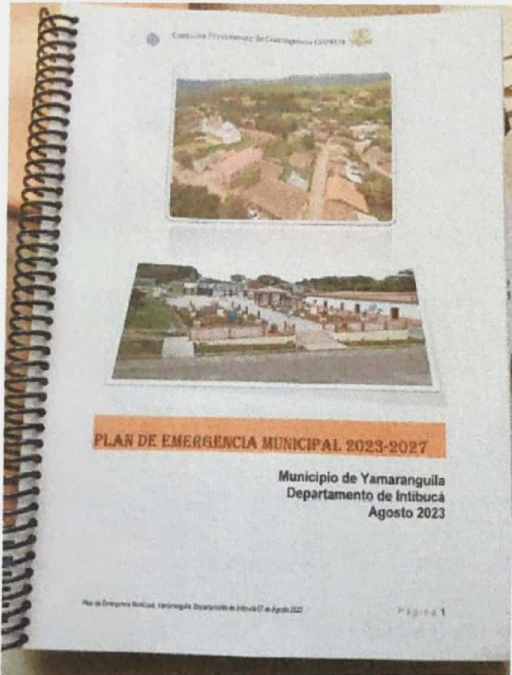
Barrio San Carlos Frente a Parque El Bosque Tel: 2783 8080

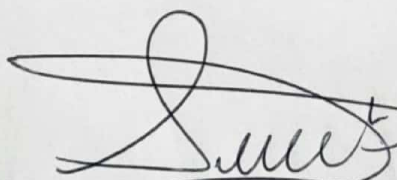
intibucayamaranguila@municipalidadhn.info


Mi Existencia Depende de Cuánto Yo Proteja Los Recursos Naturales



REPUBLICA DE HONDURAS
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA




 Simón Antonio Manuales Ramos
 UTM





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Simón Antonio Manuales R

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° 622321

Yamaranguila 04/01/23

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Signature]
Firma y Sello del Alcalde



INVERSIONES GENESIS (INVERGE)

Aldea Villa Vieja, kilometro 6, Tel.: 9944-4466 / 3244-7888
Email: inverge2017@gmail.com RTN: 08011971075986

FACTURA

N° 000-001-01-00013447

DIA	MES	AÑO
10	08	23

CLIENTE: Municipalidad Yamaranguila
DIRECCIÓN: Yamaranguila Intibuca
R.T.N.: 10169003429966

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNIT.	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADAS	TOTAL
1	Servicio de taxi de Terminal de Carolina a Oficina de COPEC y vuelta	370		370 =

IMPRESA CHAVEZ CEL.: 9899 5145 98458313 R.T.N. 8861902245787 CERTIFICADO N° 9261-18-10590-204

N° CORRELATIVO DE ORDEN DE COMPRA EXENTA	
N° CORRELATIVO DE CONSTANCIA DE REGISTRO EXONERADO	
N° IDENTIFICATIVO DEL REGISTRO DE LA SAG	

Original: Cliente / Copia 1: Emisor
Fecha limite de emisión: 15/04/2024
Rango Autorizado: 000-001-01-00013301 al 000-001-01-00014300
CAI: 58073A-A28E72-E141AC-F231BB-7E220D-AF

Sub Total L	
IMPORTE EXONERADO L	
IMPORTE EXENTO L	
IMPORTE GRAVADO 15% L	
IMPORTE GRAVADO 18% L	
I.S.V. 15% L	
I.S.V. 18% L	
TOTAL A PAGAR L	370 =

Son: trecientos setenta y exactos
Cantidad en letras:



Amilcar Ochoa
FIRMA

Documentación Soporte de
Reembolso de Viáticos a
Técnico UTM.

Pasaje de Tegucigalpa a La Esperanza
Transportes Carolina
2023 08 10 14:47:22

Este boleto solo es valido por el día de hoy. Visitenos en

www.transportesonline.hn

Total:
165.00



EMPRESA DE TRANSPORTES RUTAS OCCIDENTALES

TRABAJAMOS CON LA FE Y AMOR A DIOS



Propietario: Jorge Bernabé Velásquez Orellana
Domicilio Fiscal: Intibucá, Intibucá Barrio El V y, Honduras, C.A.
Tel.: 2783-0590 / E-mail: transportes_carolina@yahoo.es
Sucursal: Intibucá, Intibucá, Barrio El Way, Honduras, C.A.

RTN: 10061960000985

Fecha: 10/08/23 Cliente: Municipalidad Samaragüita
RTN 10169003429966.

CANT.	DETALLE	P. U.	Descuentos y Rebajas	VALOR L.
1	Pasaje	165		165
	Alquiler			
	Encomienda			
	Viaje Expreso			
	Otros			

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"
Rango Autorizado:
003-001-01-00117004 al 003-001-01-00132000
CAI: E18377-88EF92-2AFA9-299327-A3FEC5-AF
Fecha Límite de Emisión: 27/03/2024
Fecha de Recepción: 27/03/2023

No. Ord. de Compra Exenta
No. Const. de Reg. de Exonerado
No. Reg. de la SAG
No. de Carnet Diplomático

FACTURA 003-001-01-00
Nº 130060

TOTAL L.	
Importe Exonerado L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	
Importe Gravado 18% L.	
I.S.V. 15% L.	
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	165

VALOR EN LETRAS: Ciento Sesenta y Cinco.

FIRMA													PASAJE
20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75		
80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135		
135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200

Original: Cliente • Copia: Obligado Tributario Emisor

"Todo lo puedo en Cristo que me fortalece" Filip. 4:13

Impresos Pardo, R.T.N. 0101978013066, Tel. 3302-1336, Cert. No. 923-22-10504-18

© 2008 ONE Distribuidor Exclusivo
Cajas de Honduras

No. _____

DIA	MES	AÑO
11	08	23

Por L. 800.

Recibí de: Caja chica

La Cantidad de: Ochocientos exactos Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Salud al señor Santos Sabina Lopez Perez de la Comenidad de Horcones.

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

Santos Sabina Lopez
FIRMA



Solicitud

Resiba un atento y cordial saludo a usted Señor alcalde Ingeniero

Romaldo Bejarano y toda su corporacion

municipal el motivo de esta presente solicitud

es para solisitalre que por su digno medio

que me ayude con Fondo Economico

ya que lo necesito para exámenes rayos x

del torax o evaluaciones por ME medico

Intermista.

Y por eso le ago la presente Solicitud

a los 10 días del mes de Agosto del año 2023



Santos Sabina J. Pizarro

1016-1976-00009

Autorizado

800.

Subcedio Salud

(Signature)



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente
Santos Sabino Lopez 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° 624384

Yamaranguila 15/02/2023
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Signature]
Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Santos Sabino Lopez Perez.

No. Identidad: 1016197600005

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
<u>30</u>	<u>12</u>	<u>76</u>

Sexo: Hombre Mujer

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: _____

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: UAPS HORCONOS.

Código del Establecimiento de Salud: 8826



"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>11</u>	<u>10</u>	<u>21</u>	<u>Pfizer</u> <u>Vence</u> <u>11-2021</u>	<u>[Signature]</u> UAF
Segunda dosis	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>Pfizer</u> <u>N: 0100</u> <u>lote: FG3525</u>	<u>[Signature]</u> UAF
Otras	<u>8</u>	<u>09</u>	<u>22</u>	<u>Pfizer</u> <u>U39127.</u> <u>lot: FP9681</u>	<u>[Signature]</u>
Otras	<u>8</u>	<u>02</u>	<u>23</u>		
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 Médica.

Por medio de la presente se hace constar que el paciente Santos Sabino Lopez de 46 años de edad con ID = 1016-1976-00099 procedente de la comunidad de Horcones, acudio a consulta médica el día 07/08/2023, debido a malstar general más dolor en tórax posterior, paciente refiere que ha presentado mismo dolor en ocasiones anteriores. A la evaluación física no encuentro malformaciones de columna, no ausculto ruidos patológicos a nivel pulmonar. Sin embargo el paciente refiere que en ocasiones ha presentado incluso dificultad para respirar por lo que sería recomendable realizar Rayos X de tórax, o evaluación por ME -Medico Internista.

Para los fines que el paciente estime conveniente se extiende la presente a los 07 días del mes de agosto del año 2023

Dr. Luis Yafelpey



nota: Documentación Soporte de la
afucla Social Salud al Señor
Santos Lopez perez de la
Comunidad de Horcones.

No. _____

DIA	MES	AÑO
14	08	23

Por L. 500.

Recibí de: _____

Caja Obeca.

La Cantidad de: _____

Quinientos Exactos, Lempiras

Por Cuenta de: _____

Ayuda Social Salud, a la niña Noheisa Alejandra Perez Bautista de la Comunidad de la Finconada, Supadre. Juan Perez Rodriguez

Sal. Ant. _____

500

Abono _____

Saldo _____

500.

[Signature]

FIRMA



© MESSONE Distribuidor Exclusivo

Sitio: No. de serie: A persona (Transferencia de capital)

Solicitud

La Rinconada 13 de agosto del año 2,023

Honorable Corporacion municipal

Ing. Rumualdo Bejarano Rodriguez

Muy Respetuosamente me dirigo A usted deseandole exitos en sus labores diarios

por medio de la presente. le solisito su apollo Economicamente, ya que no cuento con suficiente Recurso Economico.

para pagar. 3. exámenes. y el Medicamento: Resetado por el Medico. para la niña que esta Muy Mal de salud.

Nothelia Alejandra Perez Bautista,

5 años de edad. Solamente selo agradecer mucho por su Apoyo A nuestra hija.


y para constancia firmamos la presente a los 13 dias del mes de agosto del Año 2,023



Juan Pérez Rodríguez

Folio No. 002

Tomo: 00238


REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
INSCRIPCIÓN DE NACIMIENTO No. 00296
NUMERO DE IDENTIDAD 1018-2018-00296

EN YAMPAANGULA **INTIBUCA** **EL DIA MARTES** **SETE**
Departamento Departamento del mes del año

DE AGOSTO **DEL OCHO DE** **DECEMO** **ANTE MI** **REGILMI JONAS BUSTOS**
del mes del año del mes del año del mes del año del mes del año del mes del año

SE INSCRIBIO EL SIGUIENTE NACIMIENTO, DATOS DEL NACIDO

NOHELIA ALEJANDRA	PEREZ	BAUTISTA	FEMENINO	28	07	2018	02:50 P.M.
<small>Nombre</small>	<small>Apellido</small>	<small>Apellido</small>	<small>Sexo</small>	<small>Día</small>	<small>Mes</small>	<small>Año</small>	<small>Hora</small>
Lugar de Nacimiento: EL COMEDERO O AGUA							
Color de la Piel: BLANCA							

OTRO: No

DATOS DEL COMPARICENTE		Documento de Identidad	
Comparicente:	Sole o no es la Madre o el Padre		
PADRE	Nombre	Apellido	Seguro Social
Nacionalidad	Domicilio		Profesión, Ocupación, Oficio
	Departamento		

DATOS DEL PADRE		Documento de Identidad		Nacionalidad	
AMH	PEREZ	RODRIGUEZ	1916-1985-00014	HONDUREÑA	
<small>Nombre</small>	<small>Apellido</small>	<small>Apellido</small>	<small>Numero Nacional</small>		
Domicilio		Profesión, Ocupación, Oficio			
INTIBUCA		LA RINCONADA		ADMINISTRADOR	
<small>Departamento</small>		<small>Municipio</small>		<small>En Car. José Carlos</small>	

DATOS DE LA MADRE		Documento de Identidad		Nacionalidad	
MARIA CANDIDA	BAUTISTA	DIAZ	1916-1995-00331	HONDUREÑA	
<small>Nombre</small>	<small>Apellido</small>	<small>Apellido</small>	<small>Numero Nacional</small>		
Domicilio		Profesión, Ocupación, Oficio			
INTIBUCA		LA RINCONADA		MAM DE CASA	
<small>Departamento</small>		<small>Municipio</small>		<small>En Car. José Carlos</small>	

ENMIENDAS Y OBSERVACIONES
 NINGUNA.

DATOS DE LA REPOSICIÓN POR OMISIÓN	
Numero de Resolución	
Fecha de Resolución	
Oficial civil departamental o nacional de	
Resolución	
Fecha de recibir la Resolución	
Resolución	
<small>ABUELOS</small> <small>ABUELOS PATERNOS</small> <small>ABUELOS MATERNALES</small> <small>ABUELOS PATERNOS Y MATERNALES</small> <small>ABUELOS PATERNOS Y MATERNALES</small> <small>ABUELOS MATERNALES Y PATERNOS</small> <small>ABUELOS MATERNALES Y PATERNOS</small> <small>ABUELOS MATERNALES Y PATERNOS</small> <small>ABUELOS MATERNALES Y PATERNOS</small> <small>ABUELOS MATERNALES Y PATERNOS</small> <small>ABUELOS MATERNALES Y PATERNOS</small>	
<small>ABUELO PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA</small> <small>ABUELO PATRNO Y MATERNA</small> <small>ABUELO PATRNO Y MATERNA</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small>	
<small>ABUELO PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA</small> <small>ABUELO PATRNO Y MATERNA</small> <small>ABUELO PATRNO Y MATERNA</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small>	
<small>ABUELO PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA</small> <small>ABUELO PATRNO Y MATERNA</small> <small>ABUELO PATRNO Y MATERNA</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small>	
<small>ABUELO PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA</small> <small>ABUELO PATRNO Y MATERNA</small> <small>ABUELO PATRNO Y MATERNA</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small>	
<small>ABUELO PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA</small> <small>ABUELO PATRNO Y MATERNA</small> <small>ABUELO PATRNO Y MATERNA</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small> <small>ABUELO MATERNA Y PATRNO</small>	

FECHA O HUELLA DACTILAR
 Juan Pérez Rodríguez
 Firma del Comparicente
 FIRMADO

Nombre y Apellido del Escritor
 Responsable de la inscripción
 FIRMADO

Firma y sello Registrador Civil
 Municipal de Acahualtán

ANOTACIONES MARGINALES	ANOTACIONES MARGINALES ...CONTINUACIÓN	ANOTACIONES MARGINALES ...CONTINUACIÓN

NOTA:
 LA COPIA DE ESTA INSCRIPCIÓN DEBE SER ENVIADA AL
 DEPARTAMENTO DE ARCHIVO CENTRAL, EN LOS PLAZOS
 ESTABLECIDOS EN EL REGLAMENTO.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Juan Perez Rodriguez

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° 623068

Yamaranguila 16/01/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-2023



[Handwritten Signature]
Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Juan Perez

No. Identidad: 1016198500014

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
<u>27</u>	<u>12</u>	<u>84</u>

Sexo: Hombre Mujer

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____


Dirección de Residencia: Rincónada

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: CAPS Semane

Código del Establecimiento de Salud: 11924

"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	13	09	21	Astrazenica L# 210160 V-10-21	A/E Reyna H.
Segunda dosis	12	11	21	Astrozenico HND138 UC: 11-2021	A/E Reyna H.
Otras	05	04	22	PFIZER LOT: 360308D V: 09/22	A/E Masquez SEMANE YAMARANGULA
Otras	21	02	2023	PFIZER LOT: SEMANE V: 12-01-23	A/E Masquez SEMANE YAMARANGULA
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).

SECRETARÍA DE SALUD
CENTRO DE SALUD
SEMANE YAMARANGULA
Elaborado:
enero 2021

Nota: Documentación Soporte Salud a la niña Nohelia Perez
Bautista de la Comunidad de la Rinconada.



CMII

CLÍNICA MÉDICA INTEGRAL INTIBUCÁ

Clínica Médica Integral Intibucá

Atención de niños y adolescentes/ Medicina General

Dr. Franklin Cruz - Pediatría

Dra. Nolvía González - Medicina General

Abierto las 24 Horas

Citas al WhatsApp

9966-5713

Nombre: Nohelia Perez

Edad: 5a.

Fecha: 5-8-23

SERVICIOS MÉDICOS DE:

- Pediatría
- Cardiología Pediatra
- Gastroenterología pediatra
- Neumóloga Pediatra
- Otorrinolaringólogo
- Fonoaudiólogo
- Oftalmología
- Dermatología
- Psicología
- Alergóloga Pediatra
- Laboratorio
- Odontología
- Farmacia

R/

1) Methonidazol 9a co Polus
x 7 días.

2) farsental 15 gotas Polus
x 3 días

3) Amoxi. 9a co Polus
x 3 días.



Firma Dra.

"Experiencia, Responsabilidad y Tecnología al Servicio de su Salud"



LABORATORIO BIO-LAC

Laboratorio de Análisis Bioquímicos de Alta Calidad
Confiable y Eficaz al Servicio de su Salud
Barrio El Way atrás de gasolinera uno; Clínica Pediátrica del
Dr. FRANKLIN CRUZ Tel:2783-1406/ Cel:97350424

GENERAL DE HECES

Nombre : NOHELIA ALEJANDRA PEREZ	Edad. 5 AÑOS	Sexo. F
DRA.	Fecha: 10-08-2023	

EXAMEN FÍSICO	EXAMEN MICROSCÓPICO
COLOR. AMARILLA	
CONSISTENCIA. PASTOSA	NO SE OBSVAN PARASITOS
MUCUS: NO SE OBS.	<u>LEVADURAS ++</u>
SANGRE MACRO: NO SE OBS.	
LEUCOCITOS: NO SE OBS.	
ERITROCITOS: NO SE OBS.	

Realizado por: ADA	BIO-LAC LABORATORIO CLINICO TEL 2783-1406 9735-0424 / 9735-3863 La Esperanza, Intibucá	Fecha: 10-08-2023
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------



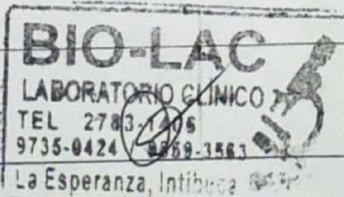
LABORATORIO BIO-LAC

Laboratorio de Análisis Bioquímicos de Alta Calidad
Confiabilidad y Eficacia al Servicio de su Salud
Barrio El Way atrás de gasolinera uno; Clínica Pediátrica del
Dr. FRANKLIN CRUZ Tel:2783-1406/ Cel:97350424

Examen General de Orina

NOMBRE: NOHELIA ALEJANDRA PEREZ	EDAD :5 AÑOS	Sexo: F
DRA. GONZÁLEZ	Fecha: 05 -08- 2023	

EXAMEN FÍSICO	EXAMEN QUÍMICO		EXAMEN MICROSCÓPICO	
COLOR: AMARILLO	DensidaEspecifica	1,020	Cel. Epiteliales	ESCASAS
ASPECTO. TURBIO	PH	6.0	Bacterias	MODERADAS
	Sangre	NEGATIVO	Leucocitos	8 - 10 X CAMPO
	Proteínas	NEGATIVO	Eritrocitos	0 - 1 X CAMPO
	Glucosa	NEGATIVO	Cristales	NO SE OBS
	Cetonas	NEGATIVO	Cilindros	NO SE OBS.
	Nitritos	NEGATIVO	Mucus	MODERADO
	Urobilinogeno	NEGATIVO	Estruct.Micótica	NO SE OBS.
	Bilirrubina	NEGATIVO	Tricomonas Vag.	NO SE OBS.-
	Esf.leucocitaria	TRAZAS	Otros	



Realizado por :ADA La Esperanza, Intibucá Fecha: 05-08-2023

COMEDOR Y GOLOSINAS ARIEL

Tels: 2783-8055 / 9684-2900

R.T.N. 10161975001283

*Prop.: Lilian Magdalena Durón Molina

*Email: lilianduron@yahoo.es

Bo. Las Flores, Frente a Pulpería Los Pinos,
Yamaranguila, Intibucá



Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: Yamaranguila Fecha: 15/08/23

R.T.N.: _____ Tel. _____

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
10	venta de fresas	40		400
TOTAL L.				400

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXJALA"
 CAI: 9CDFAD-ADD47B-1A4FB8-82CED7-E19E85-72
 Fecha Límite de Emisión: 29/03/2024
 Fecha de Recepción: 29/03/2023
 Rango Autorizado:
 000-001-01-00003401 al 000-001-01-00003800

VALOR EN LETRAS: cuatrocientos
setenta y cinco

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

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	
IMPORTE GRAVADO 15% L.	400
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
LS.V. 15% L.	60
LS.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	460

Imprenta Tecnoprint RTN: 15031985006166 • Tel.: 2783-4232 • CERTIFICADO N° 9231-22-10900-42

Original: Cliente Copia 1: Obligado Tributario Emisor

FACTURA

000-001-01-00

Nº 003526



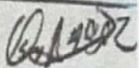



Firma _____

54116: Ayuda social a personas (Transferencia de capital).

Pago de 40lbs de fresa para visita de Director de parques



Visita de Director de Parque

Nombre	Telefono	Cargo	Correo Electronico	Formal
Oscar Amador	33666411	Motociclista	DRR	
Mano Feli Ferra	9996-0371	Asesor General	D.P.R.	
Esbi Nune Baca	8826-7509	Relaciones P	DRR	
Cecilio Cruz Guevara	3376-2197	Director Parques	DRR	

© 2010 ONE Distribuidor Exclusivo

No. _____

DIA	MES	AÑO
15	8	23

Por L. 1000

Recibí de: Caja Chica

La Cantidad de: Mil Exactos. Lempiras

Por Cuenta de: Aguda Social Salud al Señor.

Isidro Manueles perez. Su hermano. Cirilo Manueles
perez de la Comunidad de Correctal

Sal. Ant. 1000

Abono _____

Saldo 1000

Cirilo manueles Perez
FIRMA



54200. | Transferencia a Asociaciones Sin fines de lucro.

Cofradia Yamaranguila de Partamento de
Intibuca Fecha. 11/8/2023

Por lo presente Alcarde de Yamaranguila.
de seandole muchos exitos en sus labores diarios

Por el motivo que tengo una neseicidad de
emerjencia. de que me apoyara en un dinero
por tener mal de salud. ami hija Alicia Grisela
manueles Vasquez 1016-2023-00203, nesecito que
me aga este favor. le deseo un cordial saludo
y un feliz dia Gracias Por leer esta solicitud,
tenga un buendia Gra cias

Firma.

Rosa Cristina Vasquez Lorenzo, 1016-1998.00338
Hisidro manueles Perez 1016-1996.00285

~~Patronato~~
~~Rmbm/6m~~





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Isidro Manuel 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° 627112

Yamaranguila 11-8-2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



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

Cirilo Manuel 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° 626370

Yamaranguila 17/01/2023
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023




Firma y Sello del Alcalde



UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA
EN SALUD
SEMANE



CONSTANCIA

Por medio de la presente se hace constar que:

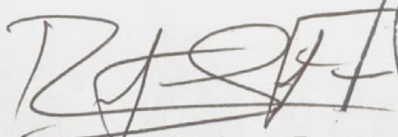
Alicia Grisela Manueles Vázquez

Con DNI 1016 2023 00203, es paciente con diagnóstico de


Síndrome Bronquial, actualmente
ingresada en Hospital Materio Infantil (Seguigalpa)

y vive en el área geográfica de influencia de la UAPS Semane, donde recibe evaluación médica y tratamiento periódicamente.


Para los fines que convenga, se extiende la presente a los 15 días del mes de Agosto del año 2023.


Dr. Ricardo Arturo Soriano Fuentes


Director UAPS Semane

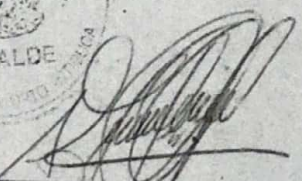

CENTRO DE SALUD
SEMANE, YAMARANGUILA

Nota: Documentación Social Salud al Señor
Isidro Manueles perez de la Comunidad de
Cofradía.

 **ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCU**
TEL. 2783-8080
CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES
El suscrito **HACE CONSTAR**: Que el contribuyente
Merlin Noe Hernandez C
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°. 15 del 2 de
Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional
que pueda resultar del examen de sus declaraciones.
N° 620720
Yamaranguila 08/02/2022
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2022





Firma y Sello del Alcalde

© 2003 ONZ Distribuidor Exclusivo de Honduras

No. _____

DIA	MES	AÑO
23	8	23.

Por L. 800.

Recibí de: Caja Chica.
 La Cantidad de: Ochocientos. Exactos. Lempiras
 Por Cuenta de: Apoyo Social Salud a la maña, Jose Pablo Sanchez Acosta, supadre, Wilmer Sanchez Vasquez de la Comunidad de Santa Cruz.

Sal. Ant. 800
 Abono
 Saldo 800.

Wilmer Sanchez Vasquez
 FIRMA



54140: Ayuda Social a personas. (Transferencia de capital)

Comandante Santa Cruz del Rosario
Yamaranguita

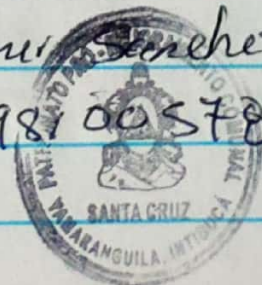
Fecha 21 de Agosto del año 2023
por medio de la presente estoy haciendo
un atento y cordial saludo
a usted estimado alcalde Rumualdo
Bejarano y Todo su Corporación
municipal deseando tenga muchos
éxitos en sus actividades diarias
Son nuestro deseo

Después paso al siguiente y
espero solicitarle me apoye con
ayuda económica ya que tube una
salida de emergencia a la Tequila
con mi niño a una operación que le
realizaron y el cual tube que solicitar
un préstamo de 5000 lempiras
y es para 15 días me los prestaron
y tengo que comprarle comida
para la dieta que le dejaron al niño
comidas especiales

por su apoyo le agradeceré mucho
atentamente Wilmer Sánchez Vasquez

Patronato
Salome Rodríguez Sánchez

10/08/2023



CERTIFICACIÓN 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	6	-	0	0	2	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 026 del tomo 00226 del Año 2016 y que pertenece a:

a) SANCHEZ *Primer Apellido* b) ACOSTA *Segundo Apellido*
c) JOSE PABLO *Nombre* SEXO F M

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) SAN MIGUEL GUANCAPLA *Municipio* b) INTIBUCÁ *Departamento* c) HONDURAS *País*
d) DIECINUEVE *Día* e) JUNIO *Mes* f) 2016 *Año*

2.) Número de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad del padre:

N. Identidad: 1016-1981-00578

a) SANCHEZ *Primer Apellido* b) VASQUEZ *Segundo Apellido*
c) WILMER *Nombre* d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

3.) Número de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad de la madre:

N. Identidad: 0301-1983-00580

a) ACOSTA *Primer Apellido* b) MUÑOZ *Segundo Apellido*
c) GLORIA MARINA *Nombre* d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en YAMARANGUILA *Municipio* INTIBUCÁ *Departamento*

a los: VEINTITRES días del mes de AGOSTO

del DOS MIL VEINTITRES

[Firma manuscrita]
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
10/08/16
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL
YAMARANGUILA INTIBUCA
HONDURAS C.A.



FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Wilmer Sanchez Vasquez

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° 622689

Yamaranguila 20/01/2023
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Signature]
Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Wilmer Sanchez Rosquez

No. Identidad: 101619B100578

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año
	10	11	1981

Sexo: Hombre Mujer

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Santa Cruz El Rayon

Número Teléfono/ Celular: 77436665

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS Yamoranguilo

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	12	08	21	Moderna V=11-2021 Lot=063d21A	
Segunda dosis	21	Oct	21	Moderna L:046021A V:11/21	
Otras	24	Marzo	22	Pfizer L:FT0366 V:08/22	
Otras	16	Agosto	22	Pfizer L:FP9681 V:09/22	
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

PRÓXIMA CITA SERÁ

Fecha: Miércoles 15 de Agosto 2023

Hora: Clínica Operación Sonrisa 7 a.m.

Lugar: Clínica Operación  Sonrisa

Colonia Lara, cuadra entre Químico Farmacéutico y Escuela Nasville


TELÉFONOS: 2236-9372 / 2236-9311 / 8991-1774
3125-7528 / 318275 0073


V. INFORMACIÓN ADICIONAL





Medicamentos: Si el médico indica medicamentos por favor siga estas instrucciones:



ACETAMINOFÉN/PARACETAMOL: Usted va a dar :

_____ ml. vía oral cada 6 horas según sea necesario para el dolor.  8 am, 2 pm 8 pm, 2 am

_____ pastillas vía oral cada 6 horas según sea necesario para el dolor.  8 am, 2 pm 8 pm, 2 am

IBUPROFENO: Usted va a dar :

_____ ml. vía oral cada 8 horas según sea necesario para el dolor.  8 am, 4 pm 12 am  8 am

_____ pastillas vía oral cada 8 horas según sea necesario para el dolor.  8 am, 4 pm 12 am  8 am

ANTIBIÓTICO: Usted va a dar :

_____ ml. vía oral cada _____ horas

Tome este medicamento por _____ días

Horario: _____

En la herida del labio se le puso pegamento líquido Si No

Otras Indicaciones: _____

Instructor: _____

Revisión Octubre 2018

Nota: Documentación Soporte para agenda Social Salud a la niña Jose Pablo Sanchez Acosta de la Comunidad de Santa Cruz.

INSTRUCCIONES ANTES DE LA CIRUGÍA:

- Levantar al niño (a) entre 11 y 12 de la noche para comer. **ÚNICAMENTE PEPE O JUGO.**
- Bañar al niño (a) el día anterior.
- Llevar al hospital una maleta pequeña, no se permite llevar alimentos.
- En el hospital, sólo se permite un acompañante por paciente.
- No olvide llevar al hospital su identidad y la partida de nacimiento del niño (a).

Lugar: Hospital María de Especialidades Pediátricas
Col. Nueva Suyapa, 150 metros del Anillo Periférico,
Tegucigalpa

INSTRUCCIONES DE AYUNO

La cirugía es a las 7:4m debe estar presente en el Hospital María a las 6:4m a partir de las 12:0m de la madrugada ya no pueden consumir **Nada de sólidos ni líquidos.**

OBLIGATORIO PRESENTAR

- Partida de nacimiento
- Identidad del acompañante

Hospital María de Especialidades Pediátricas
Col. Nueva Suyapa, 150 metros del Anillo
Periférico, Tegucigalpa

Chart 027

Nombre

José Pablo Sánchez Acosta

Debo estar en

**HOSPITAL MARIA DE ESPECIALIDADES
PEDIATRICAS**

El día LUNES 7 a las 6:00 a.m

CIRUGIAS REALIZADAS

DÍA/MES/AÑO	PROCEDIMIENTO REALIZADO	CIUDAD / HOSPITAL

Clínica de Labio y Paladar Hendido
Operación  Sonrisa
Honduras

Centro de Atención Integral (CAI) - Tegucigalpa Tel. (504) 2236-9372 (504) 2236-9311 (504) 8991-1774	Centro de Atención Básica (CAB) - San Pedro Sula Tel. (504) 2510-3169 (504) 3201-0683
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ODONTOLOGÍA:
(504) 3198-4201

Expediente # CL 2726
Apellidos: Sanchez Acosta
Nombres: Jose Pablo



DISTRIBUIDORA CESARITO

Venta de Abarrotería en General

Prop: Cesar Augusto Durón Molina

Crédito

Email: cesaradmolina@gmail.com

Contado

TEL: 9562-5189 R.T.N. 10161977004709

Barrio La Esperanza, Una Cuadra Abajo De Iglesia Católica, Yamaranguila, Intibucá, Honduras, C.A

DIA	MES	AÑO
5	9	23

Cliente: Alcaldia Municipal de Yamaranguila
 Dirección: B= San Carlos
 R.T.N.: 10 16 9003 429466 Tel. _____

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
1	pgte papel 1000h	60.00		60.00
1	ROLLO papel 1000h.	14.99		14.99
TOTAL L.				74.99

Inventaria Tributaria RTN. 15031985008056 • TEL. 2783-4232 • CERTIFICADO N° 0212210500-42

CAI: 754416-753508-804090-C8B827-D60647-79
 Fecha Limite 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: Setenta y Cuatro Lps con 0.99/100.

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	- - -
IMPORTE GRAVADO 15% L.	65.21
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
I.S.V. 15% L.	9.78
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	74.99

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 N° 005561

Original: Cliente Copia 1: Obligado Tributario Emisor

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

 Firma

39100. Elementos de limpieza y aseo personal

Pago de elementos de limpieza uso de Oficinas Municipales.

