



7642 REPÚBLICA DE HONDURAS
MUNICIPALIDAD DE CARIDAD, VALLE

PERIODO 2022 - 2026

ORDEN DE PAGO Nº 011826



Municipalidad: Conido

Departamento: Volta

Unidad Ejecutora: _____

Cheque N°: 8368200

Paguese a Mel K. S. Caber Man

Valor en Efectivo: _____

La Cantidad en Letras: Veinte Nueve

Lps. 20,000.-

Valor que se le adeuda por las siguientes mercaderías o servicios públicos

Fondo	Programa	Sub - Programa	Actividad	Proyecto

Gastos Corrientes _____
 Gasto de Inversión Social _____
 Gasto por Deuda Publica _____

Grupo	S. G.	Obj. de Gasto	DESCRIPCION	Valor en Lps.
				TOTAL
				\$20,000.-
			Desembolso de Caja Chica	
				\$20,000.-

Fecha:

08/09/2023



Firma del Tesorero(a) Municipal

Firma y Sello del Encargado(a) de Presupuestos



Firma y Sello del Alcalde(sa)

Recibido por: [Signature]

Identidad N°: 1-1900 19109 000212

Solvencia Municipal:_____

#140

894-5007

NACAOME, VALLE

08/09/2023

Lugar y Fecha

Páguese a la orden de

Neinte Mil Lempiros exactos

Cantidad en letras

Lempiras



Banco de Occidente, S. A.
HONDURAS, C.A.


Firma(s)

1:015040791:001150400039601183680368



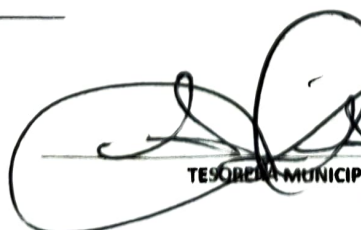
MUNICIPALIDAD DE CARIDAD DEPARTAMENTO DE VALLE
DETALLE DE REEMBOLSO/LIQUIDACION DE CAJA CHICA

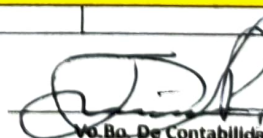
Fecha de entrega: 08/09/2023

Fecha de liquidacion : 12/09/2023.

FECHA :	DESCRIPCION DEL GASTO	PROVEEDOR	N°DE DOC	VALOR	CODIGO PRESUPUESTARIO
9/9/2023	Por la compra de combustible Uso de la Municipalidad.	Texaco Los Palillos	006-002-01-00593875	1,500.00	Combustible
11/9/2023	Ayuda social por Salud: Para gastos Medicos y compra de medicamentos de su hijo Cesar Alejandro Medrano Chavarria.	Josselyn Vanessa Chavarria Licona	0301-199303667	2,000.00	Ayuda a la Mujer
11/9/2023	Ayuda social por Salud: Para gastos Medicos y compra de medicamentos.	Oscar Donald Moreno Bonilla	1705-1985-00628	240.00	Ayuda Social
11/9/2023	Por la compra de combustible Uso de la Municipalidad.	Inversiones JOMIS, Puma La Mani.	000-002-01-00108586	950.20	Combustible
11/9/2023	Ayuda social por Salud: Para gastos Medicos y compra de medicamentos de su hijo Lenis Donaris Maldonado Ramos.	Norma Licida Ramos Bonilla	1705-1953-00022	1,200.00	Ayuda a la Mujer
11/9/2023	Por compra de 7 almuerzos utilizados para reunion de Caritas, CCT, Comisionado Municipal y CDN.	Vidal Mejia Bonilla	1705-1997-00045	840.00	Alimentacion
11/9/2023	Por la compra de combustible Uso de la Municipalidad.	Inversiones JOMIS, Puma La Mani.	000-002-01-00108177	1,201.20	Combustible
11/9/2023	Por el pago de Cuatro dias de trabajo como jornal en mantenimiento y reparacion del sistema de agua potable del casco urbano.	Brayan Daniel Agüero Romero	1705-1996-00065	800.00	Jornal
11/9/2023	Ayuda social por Salud: Para gastos Medicos y compra de medicamentos.	Jessy Aracelia Amador Bonilla	1705-1989-00164	440.00	Ayuda a la Mujer
11/9/2023	Por la compra de combustible Uso de la Municipalidad.	Inversiones JOMIS, Puma La Mani.	000-002-01-00107406	1,160.20	Combustible
11/9/2023	Ayuda social por Salud: Para gastos Medicos y compra de medicamentos.	Yesi Roxana Bonilla Hernandez	1705-1997-00064	1,500.00	Ayuda a la Mujer
11/9/2023	Por la compra de combustible Uso de la Municipalidad.	Estacion De Servicios Colonial	000-001-01-01506716	1,300.20	Combustible
11/9/2023	Por pago de Internet de Claro Uso de la Municipalidad	SERCOM Claro	480972	1,254.97	Internet
11/9/2023	Ayuda social por Salud: Para gastos Medicos y compra de medicamentos.	Luis Beltran Bonilla Padilla	1705-1953-00118	500.00	Ayuda Social
11/9/2023	Por la compra de combustible Uso de la Municipalidad.	Gasolinera UNO Comayagua	000-005-01-01077434	1,130.00	Combustible
11/9/2023	Ayuda social por Salud: Para gastos Medicos y compra de medicamentos.	Julia Eva Bonilla Alvarado	1705-1997-00045	1,500.00	Ayuda a la Mujer
11/9/2023	Por la compra de combustible Uso de la Municipalidad.	Distribuidora de productos Derivados del Combustible S DE RL	009-002-01-05168885	1,387.20	Combustible
11/9/2023	Por la Compra de Resmas de Papel Uso de la Municipalidad.	Sandra Yamileth Ruiz	1207-1975-00060	500.00	Ayuda a la Mujer
11/9/2023	Por la compra de combustible Uso de la Municipalidad.	Grupo A&B Sociedad de Responsabilidad Limitada	000-001-01-00022101	600.00	Combustible
Total liquidacion en soportes (FACTURAS ,RECIBOS ETC)				20,003.97	
Disponibile en caja				- 3.97	
Total				20,000.00	


RESPONSABLE DE LA CAJA CHICA


TESORERO MUNICIPAL


Vo.Bo. De Contabilidad



ESTACION DE SERVICIO TEXACO
CHOLOMA SRL

TEXACO PALILLOS
ALDEA LOS PALILLOS COMAYAGU
R.T.N.: 05029003077846
TELEFONO: 2627-1320
gerencia@texacocholoma.com

FACTURA

CAI:
CD0A97-30693A-9B44AC-E0F920-
480201-73
Rango Aut. Desde 006-002-01-
00547001 Hasta 006-002-01-
00632000
Fecha Limite Emision: 25/03/2024

Factura #:
006-002-01-00593875

Fecha: 9/9/2023 Hora:
16:54:20
Cajero(a): B Caja #: 2

=====

No. Orden De
Compra Exenta :
No. Constancia
De Exonerado :
No. Registro
De La SAG :

=====

RTN: 17059995437725
**MUNICIPALIDAD DE CARIDAD
VALLE**

Codigo	Descripcion	Total
SUPER	SUPER 12.3875 @ L121.09	L1,500.00E

=====

Descuentos y Rebajas	L0.00
----------------------	-------

=====

Importe Exento	L1,500.0
Importe Gravado al 15%	L0.00
Importe Gravado al 18%	L0.00
Importe Exonerado	L0.00

=====

15% I.S.V.	L0.00
18% I.S.V.	L0.00
Total	L1,500.00

=====

POS PROMERICA Recibi L1,500.00
Card: 123
Auth:



229633

SON: UN MIL QUINIENTOS
La Factura es Beneficio de Todos
EXJALA

Gracias por su preferencia
Original Blanco: Cliente
Copia Amarilla: Cliente Credito
Copia Rosada: Tribuano Emisor
SON: UN MIL QUINIENTOS

Recibi Conforme

DÍA
11

MES
09

AÑO
23

POR LPS.

2,000.-

Nº _____

Recibí de: Alcaldia de Ciudad Valle

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

Por concepto de: Salud: para analisis medicos y compra de medicamentos, para su hijo Cesar Alejandro Medrano Chavarria

Sal. Ant.		
Abono		
Saldo Actual		

XOSSELYN VONNESA Chavarria
Firma Autorizada



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



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Josselyn Vannesa Chavarria Licon

NUMERO DE IDENTIDAD: 0301-1993-03667

CONCEPTO DE LA AYUDA: Social por Concepto de Salud: Para analisis medicos
y Compra de medicamentos para su hijo Cesar Alejandro Medrano Chavarria

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 2,000.00

CANTIDAD DE LETRAS: Dos Mil Lempiras Exactos

FECHA: 11/09/23

JOSSELYN VANNESA Chavarria L.
FIRMA DEL SOLICITANTE

0301 1993 03 667
N° DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: [Firma]  [Firma] TESORERO

SALA:

Neurología Ped

FECHA DE EGRESO

07.07.23

HORA EGRESO

DESTINO

DIAGNOSTICO DE INGRESO: ① Neuropatía del MSI vs. Lesión radial

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: Px con historia de parálisis, parestesias de 1 mes de evolución de mano izquierda, acompañada de disminución de la fuerza (3/5) y dolor, por lo que se ingresó para completar estudios.

EXAMENES:

Electromiografía con velocidad de conducción → Neuropatía de rama motora del interosseo posterior izquierdo, rama profunda del nervio radial abajo del codo

EVOLUCION: satisfactoria.

DIAGNOSTICOS FINALES: ① Neuropatía de rama motora del interosseo posterior izquierdo

CONDICION DE SALIDA: Alta médica

OBSERVACIONES: ① Carbamazepina 1/2 tab VO HS
② Referencia a telefón para terapia de rehabilitación
③ Referencia a centro de imágenes UNAH para resonancia cervical

CITA DE CONSULTA EXTERNA:

FIRMA Y CLAVE DEL MEDICO RESIDENTE:

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS:

Luis Medrano

EDAD:

12a

HISTORIA CLINICA:

1705-2012-00006

E P I C R I S I S

Telefón

TRANSITO DE PACIENTES



HISTORIA: 1705-2012-0000

NOMBRE DEL PACIENTE: Cesar Medrano

DATOS CLINICOS: px con historia de parestias y parestesias de
1 ml de evolución, acompañadas de dolor neuropático
y disminución de la fuerza.

DIAGNOSTICO: ① Neuropatía de rama motora del tronco posterior
izquierdo

FIRMA DEL MEDICO QUE REMITE

07 MES 07 AÑO 23



Hospital Escuela
Gobierno de la República

Centro de Imágenes UNAH

TRANSITO DE PACIENTES



HISTORIA: 1705-2012-0000

NOMBRE DEL PACIENTE: Cesar Medrano

DATOS CLINICOS:

px referido al centro de imágenes UNAH para realización
de resonancia magnética cervical para elucidar
causa de neuropatía de MSI.

DIAGNOSTICO: ① Neuropatía de rama motora del tronco posterior
izquierdo de rama radicular profunda

FIRMA DEL MEDICO QUE REMITE

07 MES 07 AÑO 23

CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

El Infrascrito Comisionado Presidente del Registro Nacional de las Personas, con fundamento en el Decreto Legislativo No. 62-2004, Artículo No. 5, numeral 1; Artículo 6, numeral 1,5 y 6; y Decreto Constitucional No. 200-2018, Artículos 43-A y 43-B; CERTIFICA que en los archivos electrónicos de nacimientos contenidos en la base de datos de esta institución se encuentra

el acta de nacimiento número:

1	7	0	5	-	2	0	1	2	-	0	0	0	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 007 del tomo 00051

Número de Identidad

del Año 2012 y que pertenece a:

a) MEDRANO b) CHAVARRIA
Primer Apellido Segundo Apellido
c) CESAR ALEJANDRO SEXO F ☐ M ☒
Nombre

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) COMAYAGUA b) COMAYAGUA c) HONDURAS
Municipio Departamento País
d) DOCE e) JUNIO f) 2011
Día Mes Año

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

a) MEDRANO b) SARABIA
Primer Apellido Segundo Apellido
c) JULIO CESAR d) HONDUREÑA
Nombre Nacionalidad

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

N. Identidad: 0301-1993-03667

a) CHAVARRIA b) LICONA
Primer Apellido Segundo Apellido
c) JOSSELYN VANESA d) HONDUREÑA
Nombre Nacionalidad

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en COMAYAGUA COMAYAGUA
Municipio Departamento

a los: DOCE días del mes JULIO

del DOS MIL VEINTIUNO



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



ACQUAIRE / ACHSENAIRE

JOSSELYN VANNESA

APELLIDO / SURNAMI

CHAVARRIA LICONA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER

10-07-1993

0301 1993 03667

NACIONALIDAD / NATIONALITY

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY

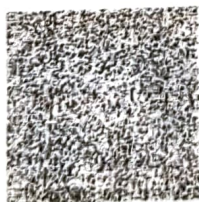
HND

10-07-2031

LLGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH

HONDURAS

3055414 N L



RNP



34000000004589394

COMPANIES / ADDRESS

CARIDAD
VALLE



CONSPIRACIES FROM TARKS

I<HND0052169171<<<<<<<<<<<<
9307104F3107106HND<<<<<<<<<2
CHAVARRIA<LICONA<<JOSSELYN<VAN

30/06/23

Cesar Alejandro Medina

Edad: 12 años

Fuerzas & Resistencia
y Memorias.
Moro Carta Tríplice

- Electromiografía -

11
P/cesar

DÍA

MES

AÑO

11

09

23

POR LPS.

240.00

N° _____

Recibí de: Alcaldia Municipal de Caridad, ValleLa cantidad de: Doscientos Cuarenta LempirasPor concepto de: Salud para analisis medicos

Sal. Ant.		
Abono		
Saldo Actual		



Firma Autorizada



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



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Oscar Donaldo Moreno Bonilla (Corporación Municipal de Caridad, Valle)

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Oscar Donaldo Moreno Bonilla

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1985-00628

CONCEPTO DE LA AUYDA: Ayuda Social por Salud: Para Analisis medicos
y Compra de medicamentos.

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 240.00

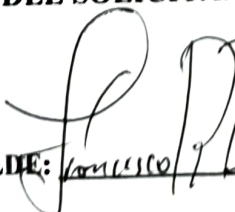
CANTIDAD DE LETRAS: Doscientos Cuarenta Lempiras

FECHA: 11/09/23


FIRMA DEL SOLICITANTE

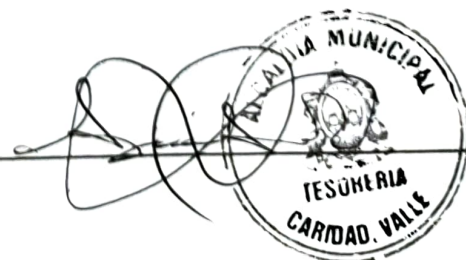
1705-1985-00628

Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: 



TESORERO



OSCAR DONALDO

MORENO BONILLA

NUMBER OF IDENTIFICATION / CO NUMBER

02-01-1970

1705 1985 00628

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY

HND

02-01-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH

HONDURAS



RNP



3400000002239471

DOMICILIO / ADDRESS

CARIDAD
VALLE



COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0019810272<<<<<<<<<<<<<
7001028M3101023HND<<<<<<<<<<8
MORENO<BONILLA<<OSCAR<DONALDO<



MARIA LOURDES

APPELLIDO / SURNAME

HERRERA CABRERA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH

11-02-1976

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER

0601 1976 00416

NACIONALIDAD / NATIONALITY

FECHA DE EXPIRACION / DATE OF EXPIRY

HND

11-02-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH

HONDURAS

Phidippus opifex



RNP



3400000002238101

DOMICILIO / ADDRESS

CARIDAD
VALLE



COMISSÃO DE PROPRIETARIOS

I<HND0019796578<<<<<<<<<<<<<
7602115F3102112HND<<<<<<<<<<4
HERRERA<CABRERA<<MARIA<LOURDES

Jordan Hemen
0601/1976 00416

25.7.23
4b.

~~Colman~~

~~Successor~~

~~Chemin~~

1

~~[Signature]~~





LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS "ANGELES"
DIRECCION: CARIDAD-VALLE, HONDURAS.
Cel.: 3316-4273

NOMBRE DEL PACIENTE: LOURDES HERRERA

FECHA: 26 DE JULIO DEL 2023 EDAD: 46ª

QUIMICA SANGUINEA

EXAMENES	RESULTADOS	VALOR DE REF.
GLUCOSA	276 mg/dl	70 - 110mg/dl
COLESTEROL TOTAL	161 mg/dl	HASTA 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	192 mg/dl	HASTA 150 mg/dl
ACIDO URICO		2.0 - 6.0 mg/dl
UREA		10 - 50 mg/dl
BUN		6 - 20 mg/dl
CREATININA		0.4 - 1.4 mg/dl
TGO		MUJER HASTA 31U/L HOMBRES HASTA 38 U/L
TGP		MUJERES HASTA 32 U/L HOMBRES HASTA 40 U/L
BILIRRUBINA TOTAL		Hasta 0.2 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		Hasta 1.0 mg/dl
BILIRIBINA INDIRECTA		0.2 - 1.2 mg/dl



INVERSIONES JOMIS S. DE R.L. DE C.V.
PUMA LAMANI

Barrio Abajo, LAMANI
Km 15.5 Canal Seco, Comayagua
eMail: puma.lamani@gmail.com
Tel: 2777-2006
RTN: 08019017973068

FACTURA DE CONTADO

FACTURA: 000-002-01-00108586

C.A.I.

18E651-B03D4F-4D4C9E-BC3D3C-7ED32C-88

RANGO AUTORIZADO DE FACTURAS

Factura Inicial: 000-002-01-00090001

Factura Final: 000-002-01-00115000

Fecha límite de emisión: 19-12-2023

Fecha de emisión: 15-08-2023 Hora: 15:38

Cajero: Usuario HE

Cliente: MUNICIPALIDAD CARIDAD VALLE

RTN: 17059995437725

FORMA DE PAGO: Tarjeta Cred

Cant.	Producto	Precio L	Total L
30.971	GAS. SUPER		
Surtidor: 3		30.68 L	950.20 L

Descuentos y Rebajas:	0.00 L
SubTotal Exento:	950.20 L
SubTotal Exonerado:	0.00 L
SubTotal ISV 15%	0.00 L
SubTotal ISV 15%	0.00 L
ISV 15%	0.00 L
ISV 15%	0.00 L

TOTAL A PAGAR 950.20 L

Pago 950.20 L

Cambio 0.00 L

Novcientos cincuenta Lempiras con 20/
100

O.D. Exenta: _____

No. Cons. Exonerac.: _____

No. Registro SAG: _____

La Factura es beneficio de todos:

EXIJA LA

ORIGINAL: CLIENTE

77

04

23

7,200.00

Nº _____

Recibí de: Alcaldeía Caridad, Valle

La cantidad de: Mil Doscientos **Lempiras**

Por concepto de: Ayuda Social: Para Analisis medicos y Compra de medicamentos de su hijo Lenin Donaris

Sal. Ant.		
Abono		
Saldo Actual		

Firma Autorizada



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



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Norma Lícida Ramos Bonilla

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1953-00022

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social por Concepto de Salud: Para gastos de traslado, Visita medica y Compra de medicamentos para su hijo Lenis Donaris Maldonado Ramos de Capacidades Especiales

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 7,200.00

CANTIDAD DE LETRAS: MPI Doscientos Lempiras Exactos

FECHA: 11/09/23

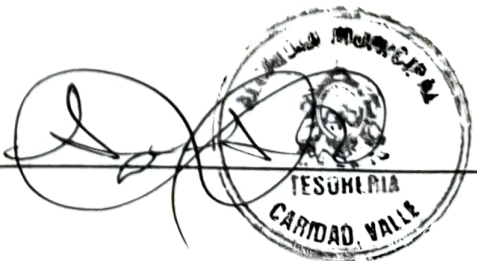
Norma Lícida Ramos Bonilla
FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-1953-00022
N° DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE [Firma]



TESORERO



[illegible]

NORMA LICIDA

RAMOS BONILLA

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER

01-03-1953

1705 1953 00022

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY

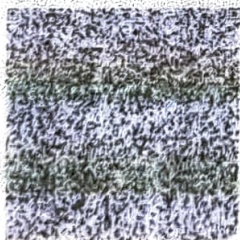
HND

01-03-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH

HONDURAS

Strongly Held



RNP



3400000002238916

CARIDAD

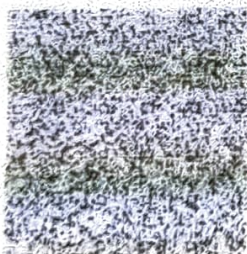
VALLE

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0019804729<<<<<<<<<<<<<<<
5303016F3103016HND<<<<<<<<<<<<6
RAMOS<BONILLA<<NORMA<LICIDA<<



LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS



RNP



3400000005407323

DOMICILIO / ADDRESS
ARAMECINA
VALLE



COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0064751959<<<<<<<<<<<<<<<
8608239M3108239HND<<<<<<<<<<<<<6
MALDONADO<RAMOS<<LENIS<DONARIS

DIA

11

MES

09

AÑO

23

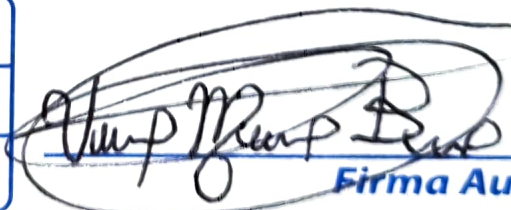
POR LPS.

840.00

N° _____

Recibí de: Alcaldía de Caridad, ValleLa cantidad de: Ochocientos Cuarenta LempirasPor concepto de: Compra de 7 almuerzos utilizados para reunión de Caritas, CCT, comisionados municipal y CDN

Sal. Ant.		
Abono		
Saldo Actual		



Firma Autorizada

1998

VIDAL

APELLIDO / SURNAME

MEJIA BONILLA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH

01-12-1978

NACIONALIDAD / NATIONALITY

HND

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH

HONDURAS

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER

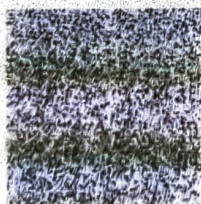
1705 1978 00158

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY

01-12-2031

Comida de Caritas

800



RNP



3400000002239496

DOMICILIO / ADDRESS

CARIDAD

VALLE**COMISIONADOS PROPIETARIOS**

I<HND0019810526<<<<<<<<<<<<<
7812019M3112010HND<<<<<<<<<<2
MEJIA<BONILLA<<VIDAL<<<<<<<<<



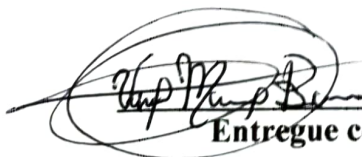
ACTA DE ENTREGA

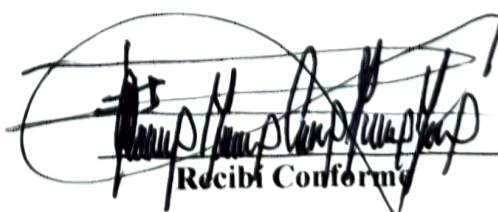
Descripción de la entrega:

Nosotros: Vidal Mejía Bonilla (Proveedor(a))
Y Melhis Cebal Maradaga Méjia en representación de la
Alcaldía Municipal de Caridad, Departamento de Valle, Hacemos del conocimiento público que
hemos realizado la siguiente Acta de entrega/Recibo cuyo objetivo consiste en describir los
servicios prestados a la Municipalidad De Caridad, Departamento de Valle y que consta de:
Compra de 7 almuerzos con sus respectivos refrescos a razón de
L. 120.00 c/u = 840.00

En virtud de lo anterior firmamos la presente Acta de entrega/Recibo a los 11 días del
mes de Septiembre del año 2023.

Observaciones: se adjunta detalle y firma de beneficiarios.


Entregue conforme


Recibi Conforme



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



Nombre del evento: Día del Arbol

Lugar: Caridad Valle

Fecha: 30/06/23

Nº	NOMBRE	IDENTIDAD	ORGANIZACION	CARGO	TELÉFONO	FIRMA
1	Oivin Amador	0607-2006-00181	Conitas		9977-1575	Oivin Amador
2	Ana Isabel Rubio	0601-1994-02439	Conitas	Técnico	96110305	Ana Isabel
3	Concepción Romero	1704-1979-00593	C.D.N.		9591-1980	Concepción
4	Karlo Ovando	060619880073	Conitas	Técnico	98442106	Karlo Ovando
5	Francis Libeth Suarez	0609-1990-00416	SERNA-Sur	Coordinador	0937-7820	Francis Suarez
6						

INVERSIONES JOMIS S. DE R.L. DE C.V.
PUMA LAMANI
Barrio Abajo, LAMANI
Km 15.5 Canal Seco, Comayagua
eMail: puma.lamani@gmail.com
Tel:2777-2006
RTN:08019017973068

FACTURA DE CONTADO

FACTURA: 000-002-01-00108177

C.A.I.

18E651-B03D4F-4D4C9E-BC3D3C-7ED32C-82

RANGO AUTORIZADO DE FACTURAS

Factura Inicial: 000-002-01-00090001

Factura Final: 000-002-01-00115000

Fecha límite de emisión: 19-12-2023

Fecha de emisión: 10-08-2023 Hora:18:20

Cajero: Usuario HE

Cliente: MUNICIPALIDAD CARIDAD VALLE

RTN: 17059995437725

FORMA DE PAGO: Tarjeta Cred

Cant.	Producto	Precio L	Total L
40.040	GAS. SUPER		
Surtidor: 5		30.00	L1,201.20 L

Descuentos y Rebajas:	0.00 L
SubTotal Exento:	1201.20 L
SubTotal Exonerado:	0.00 L
SubTotal ISV 15%	0.00 L
SubTotal ISV 15%	0.00 L
ISV 15%	0.00 L
ISV 15%	0.00 L

TOTAL A PAGAR 1201.20 L

Pago 1201.20 L

Cambio 0.00 L

Un mil doscientos uno Lempiras con 20/100

O.C. Exenta: _____

No. Cons. Exonerac.: _____

No. Registro SAG: _____

La Factura es beneficio de todos

EXIJALA

ORIGINAL:CLIENTE

DIA

11

MES

09

AÑO

23

POR LPS.

800.00

Nº _____

Recibí de:

Alcaldia de Caridad, Valle

La cantidad de:

Ochocientos

Lempiras

Por concepto de:

por el pago de 4 dias de trabajo como spinal on
mantenimiento y reparación del sistema de agua potable del
casco urbano

Sal. Ant.

Abono

Saldo
Actual

Brayan Agüero.

Firma Autorizada

21-07-2031

Prayer Book of the Anglican



RNP



3400000002239748

VALLE



COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0019813044<<<<<<<<<<<<<<<<<
9607217M3107210HND<<<<<<<<<<<<<O
AGUERO<ROMERO<<BRAYAN<DANIEL<<



DÍA

MES

AÑO

11

09

23

POR LPS.

440.00

Nº _____

Recibí de: Alcaldia de Caridad, ValleLa cantidad de: Catrosientos Cuarenta LempirasPor concepto de: Ayuda Social por Salud. Para analisis medicos y compra de medicamentos.

Sal. Ant.		
Abono		
Saldo Actual		

Jessy Aracelia Amador Bonilla
Firma Autorizada

1705-1489-00164



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



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Jessy Aracelia Amador Bonilla

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1989-00164

CONCEPTO DE LA AYUDA: Por concepto de Salud Para analisis medicos
y Compra de medicamentos.

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 440.00

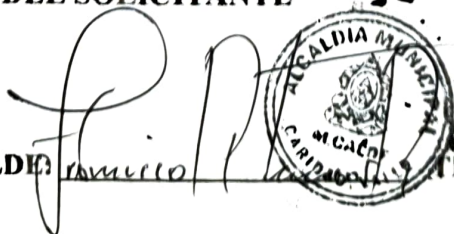
CANTIDAD DE LETRAS: Cuatrocientos Cuarenta Lempiras Exactos

FECHA: 11/09/23

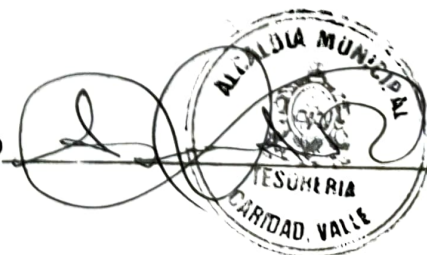
Jessy Aracelia Amador Bonilla
FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-1989-00164
Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE

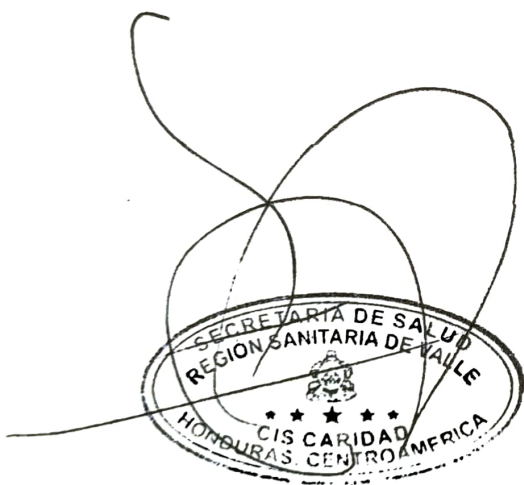


TESORERO



Jessy Amador 4-9-23
1705 1989 00164. 33.

BATAR Fernando L Espino



Jessy Amador 4-9-23
1705 1989 00164. 33.

Colateral total
Surgeados
A. Ocho
Gloria





NOMBRE / FORENAME

JESSY ARACELIA

APPELLIDO / SURNAME

AMADOR BONILLA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH

23-11-1989

NACIONALIDAD / NATIONALITY

HND

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH

HONDURAS

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER

1705 1989 00164

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY

23-11-2031



11-11-61

3400000002239529

DOMICILIO / ADDRESS

CARIDAD

VALLE

**COMISIONADOS PROPIETARIOS**

I<HND0019810858<<<<<<<<<<<<
8911230F3111231HND<<<<<<<<<<8
AMADOR<BONILLA<<JESSY<ARACELIA



LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO " ANGELES "



05/ 09/2,023

Recibí de: ALCALDIA MUNICIPAL DE CARIDAD VALLE.

La suma de: TRESCIENTOS VEINTE lempiras EXACTOS.

Por : LA REALIZACION DE EXAMENES CLINICOS LO QUE ES:
GLUCOSA,COLESTEROL,TRIGLICERIDOS,ACIDO URICO .

L.320.00



RECIBO

INVERSIONES JORDIS S. DE R.L. DE C.V.
PUMA LAMANI
Barrio Abajo, LAMANI
Km. 15.5 Canal Seco, Cedeayagua
email: puma.lamani@gmail.com
Tel: 2777-3006
RTN: 08019017973068

FACTURA DE CONTADO

FACTURA: 000-002-01-00107406

C.A.I.

18E651-B03D4F-4D4C9E-BC3D3C-7ED32C-88

RANGO AUTORIZADO DE FACTURAS

Factura Inicial: 000-002-01-00090001

Factura Final: 000-002-01-00115000

Fecha límite de emisión: 19-12-2023

Fecha de emisión: 02-08-2023 Hora: 09:48

Cajero: Usuario HE

Cliente: MUNICIPALIDAD CARIDAD VALLE

RTN: 17059995437725

FORMA DE PAGO: Tarjeta Cred

Cant.	Producto	Precio L	Total L
39.638	GAS. SUPER		
Surtidor: 2		29.27	L1,160.20 L

Descuentos y Rebajas:	0.00 L
SubTotal Exento:	1160.20 L
SubTotal Exonerado:	0.00 L
SubTotal ISV 15%	0.00 L
SubTotal ISV 15%	0.00 L
ISV 15%	0.00 L
ISV 15%	0.00 L

TOTAL A PAGAR 1160.20 L

Pago 1160.20 L

Cambio 0.00 L

Un mil ciento sesenta Lempiras con 20/100

O.C. Exenta: _____

No. Cons. Exonerac.: _____

No. Registro SAG: _____

La Factura es beneficio de todos:

EXIJALA

ORIGINAL CLIENTE

DIA

MES

AÑO

11

09

23

POR LPS.

7,500.00

Nº _____

Recibí de: Alcaldia Municipal de Caridad, ValleLa cantidad de: Mil Quinientos LempirasPor concepto de: Ayuda Social por Salud: Para Compra
de medicamentos

Sal. Ant.

Abono

Saldo
Actual+yessy Roxana Bonilla
Firma Autorizada

1705-2005-00069

 EXECUTIVE
OFFICE



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



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Yessi Roxana Bonilla Hernandez

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-2005-00069

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social por concepto de Salud: Para analisis
medicos y Compre de medicamentos.

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 1,500.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Quinientos Lempiras Exactos

FECHA: 11/04/23

x yessy Roxana Bonilla
FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-2005-00069
Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: [Firma]



TESORERO [Firma]





REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

El Infrascrito Comisionado Presidente del Registro Nacional de las Personas, con fundamento en el Decreto Legislativo No. 62-2004 Artículo No. 5, numeral 1; Artículo 6, numeral 1,5 y 6; y Decreto Constitucional No. 200-2018, Artículos 43-A y 43-B; CERTIFICA que en los archivos electrónicos de nacimientos contenidos en la base de datos de esta institución se encuentra

el acta de nacimiento número:

1	7	0	5	-	2	0	0	5	-	0	0	0	6	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 097 del tomo 00041

Número de Identidad

del Año 2005 y que pertenece a:

a) BONILLA
Primer Apellido

b) HERNANDEZ
Segundo Apellido

c) YESI ROXANA
Nombre

SEXO F ☒ M ☐

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) CARIDAD
Municipio

b) VALLE
Departamento

c) HONDURAS
País

d) VEINTICUATRO
Día

e) JUNIO
Mes

f) 2005
Año

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

N. Identidad: 1705-1981-01577

a) BONILLA
Primer Apellido

b) -----
Segundo Apellido

c) FRANCISCO
Nombre

d) HONDUREÑA
Nacionalidad

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

N. Identidad: 1705-1981-00394

a) HERNANDEZ
Primer Apellido

b) MEJIA
Segundo Apellido

c) NORMA ANGELICA
Nombre

d) HONDUREÑA
Nacionalidad

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en SAN LORENZO
Municipio

VALLE
Departamento

a los: VEINTICUATRO días del mes de MAYO

del DOS MIL VEINTIDOS



FIRMA Y SELLO DEL COMISIONADO PRESIDENTE



12-7-23

Yessy Roxana Bonilla Hernandez

ID=1705-2005-00069

Edad=18 a

Realizar exámenes de:

- Bacteria
- Gastritis
- Colesterol
- Hemograma general.



12-7-23

Yessy Roxana Bonilla Hernandez

ID=1705-2005-00069

Edad=18 a

Tx= Positiv 1 tab vo cldia
x 5 meses #150



ESTACION DE SERVICIOS COLONIAL S. DE R.
L. DE C.V.

BARRIO:CATAS, CALLE:ORILLA DE CANAL SECO
CASA No.00 MUNICIPIO:COMAYAGUA
DEPARTAMENTO:COMAYAGUA

ESTACION DE SERVICIOS COLONIAL S. DE R.
L. DE C.V.

Tel:3383-9273

RTN:03019016813958

eMail: emerital0318@gmail.com

FACTURA: 000-001-01-01506716

C.A.I. FOA518-3A9A9D-BA4CAF-61801A-A4D9
E8-37

RANGO AUTORIZADO DE FACTURAS

Factura Inicial: 000-001-01-01450001

Factura Final: 000-001-01-01650000

Fecha límite de emisión: 10-10-2023

Fecha de emisión: 25-07-2023 Horas:18:25

Cajero: Usuario KE

Cliente: MUNICIPALIDAD CARIDAD VALLE

RTN: 17059995437725

No. O/Compra exonerada: _

No. Reg. Sector Agroindustrial:

No. Const. de Reg. Exonerado:

FORMA DE PAGO: Efectivo

Cant.	Producto	Precio L	Total L
-------	----------	----------	---------

45.099	GAS. SUPER		
--------	------------	--	--

Supridor: 1	28.83 L	1300.20 L	
-------------	---------	-----------	--

Descontos y rebajas	0.00		
---------------------	------	--	--

SubTotal Exento	1300.20 L		
-----------------	-----------	--	--

Importe Gravado 15%	0.00 L		
---------------------	--------	--	--

Importe Gravado 18%	0.00 L		
---------------------	--------	--	--

Importe Exonerado	0.00 L		
-------------------	--------	--	--

ISV 15 %	0.00 L		
----------	--------	--	--

ISV 18%	0.00 L		
---------	--------	--	--

TOTAL A PAGAR	1300.20 L		
----------------------	------------------	--	--

Pago	1300.20 L		
------	-----------	--	--

Cambio	0.00 L		
--------	--------	--	--

Un mil trescientos Lempiras con 20/100

La Factura es beneficio de todos

EXITALA

ORIGINAL

BANRURAL

PULPERIA ANGELA

CARIDAD VALLE BARRIO EL CALVARIO

21/07/2023

14:15:23

TID:76900341

EST ID:0000001714

LOTE:000396

EMP ID:0000001156

TRM No:320278180748

TRM ID:480972

CAJA EMPRESARIAL

RESIDENCIAL

CLARO

RESIDENCIAL

CLAVE No.

924456

IDENTIFICACION:

924456

ABONADO

FRANCISCO RUBEN

TURCIOS RODRIGUEZ

MONTO LPS 1254.97

Este es su unico
comprobante de pago
¡Exijalo!

Telefono Consulta: 2290 1010

GRACIAS POR PREFERIRNOS

Solicite en cualquier agencia
Banrural su estado de cuenta.

COPIA CLIENTE

APP VER 01.05.20

DÍA

MES

AÑO

11

09

23

POR LPS.

500.00

Nº _____

Recibí de: Alcaldía de Caridad, ValleLa cantidad de: Quinientos LempirasPor concepto de: Ayuda Social por Salud! Para ~~ben~~ analisis
medicos y compra de medicamentos

Sal. Ant.		
Abono		
Saldo Actual		

X



Firma Autorizada



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



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Luis Beltrán Bonilla Padilla

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1953-00118

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social por Salud: Para analisis medicos y compra de medicamentos.

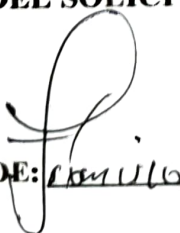
CANTIDAD SOLICITADA: Lps 500.00

CANTIDAD DE LETRAS: Quientos Lempiras Exactos

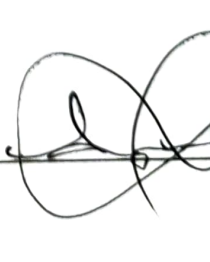
FECHA: 11/09/23

X 
FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-1953-00118
N° DE IDENTIDAD

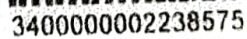
FIRMA DEL ALCALDE:  

TESORERO

HONDURAS

11-12-2031



CARIDAD
VALLE

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0019801315<<<<<<<<<<<<<
5312113M3112113HND<<<<<<<<<<<6
BONILLA<PADILLA<<LUIS<BELTRAN<

Curio Belkón Bomla
Mud! no

12/07/25

- Glucosa.
- Colesterol.
- Triglicérido
- Fido: Unio
- Hemograma Completo:

300.





LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS "ANGELES"
DIRECCION: CARIDAD-VALLE, HONDURAS.
Cel: 3316- 4273

NOMBRE DEL PACIENTE: LUIS BELTRAN
FECHA: 13 DE JULIO del 2,023. EDAD: 70^a

HEMOGRAMA

VALOR DE REFERENCIA

HEMATOCRITO	45	Vol.%	37 – 50 Vol.%
HEMOGLOBINA	15.0	g/dl	12.5 – 17.0 g/l
LEUCOCITOS	5,600	MM3	5,000 – 10,000 MM3
GLOBULOS ROJOS	4,725,000	MM3	3.50 – 5.50 MM3
NEUTROFILOS	60	%	50 – 70%
LINFOCITOS	39	%	25 – 40%
EOSINOFILOS	1	%	2 – 4%
BASOFILOS			0 – 1%
MONOCITOS			2 – 5%
PLAQUETAS	250,000	MM3	150,000 – 500,000 MM3





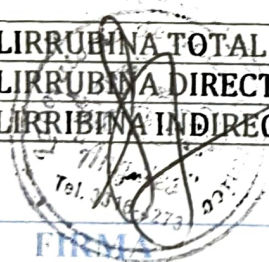
LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS "ANGELES"
DIRECCION: CARIDAD-VALLE, HONDURAS.
Cel.: 3316-4273

NOMBRE DEL PACIENTE: LUIS BELTRAN

FECHA: 13 DE JULIO DEL 2023 EDAD: 70ª

QUIMICA SANGUINEA

EXAMENES	RESULTADOS	VALOR DE REF.
GLUCOSA	63 mg/dl	70 - 110mg/dl
COLESTEROL TOTAL	205 mg/dl	HASTA 200 mg/dl
TRIGLICERIDOS	415 mg/dl	HASTA 150 mg/dl
ACIDO URICO	4.1 mg/dl	2.0 - 6.0 mg/dl
UREA		10 - 50 mg/dl
BUN		6 - 20 mg/dl
CREATININA		0.4 - 1.4 mg/dl
TGO		MUJER HASTA 31U/L HOMBRES HASTA 38 U/L
TGP		MUJERES HASTA 32 U/L HOMBRES HASTA 40 U/L
BILIRRUBINA TOTAL		Hasta 0.2 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA		Hasta 1.0 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA		0.2 - 1.2 mg/dl



FIRMA

GASOLINERA UNO COMAYAGUA/INSA

www.facebook.com/unocomayagua/

Barrio cabañas, Frente a Granja Penal.

Comayagua, Honduras, C.R.

Tel.: (+504)2772-7020/8935, 9625-4241

E-mail: admon@tracconisahri.com

R.T.N. 05011975206706

Factura al Contado

Hora: 18:04

Fecha: 12/07/2023

Cliente: JL33

MUNICIPALIDAD CARIDAD

R.T.N.: 17059885437725

Dirección:

Ciudad

Vendedor: Fabricio Mejía

Pedido: 2000894959

Código	Cantidad	Precio/U	Total
SG	10.54010	107.2100	1,130.00

GASOLINA SUPER GALON

Val. exen. Lps.: 1,130.00
Val. exon. Lps.: 0.00
Grav. 15% Lps.: 0.00
Grav. 13% Lps.: 0.00
Descuento Lps.: 0.00
15% ISV Lps.: 0.00
13% ISV Lps.: 0.00
Total Lps.: 1,130.00

Total en letras: MIL CIENTO TREINTA

Lempiras CON 00/100

O/C:

No. O/C exen.: _____

No. cont. reg. exon.: _____

No. reg. SAG: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Placa: _____

Km: _____

Vehículo: _____

Factura No.:

000-005-01-01077434

RANGO: 000-005-01-01000301 AL

000-005-01-01090300

FECHA LIMITE DE EMISION: 03/08/2023

CAI:

02E131-BD2569-0941BD-

A46103-E380DC-7F

Original: Cliente

Copia: Contribuyente Emisor

DÍA

MES

AÑO

77

09

23

POR LPS.

7,500.00

N°

Recibí de:

Alcaldio de Caridad, Valle

La cantidad de:

Mil Quinientos

Lempiras

Por concepto de:

Ayuda Social por concepto de Salud para de
medicamentos y analisis medicos.

Sal. Ant.

Abono

Saldo
Actual

x Teulla Eva Boida

Firma Autorizada



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



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Solia Eva Bonilla Alvarado

NUMERO DE IDENTIDAD: 1705-1981-00538

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social por Concepto de Salud: Para analisis medicos
y compra de medicamentos

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 7,500.00

CANTIDAD DE LETRAS: Mil Quinientos Lempiras Exactos

FECHA: _____

X Solia Eva Bonilla
FIRMA DEL SOLICITANTE

1705-1981-00538
N° DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE:

[Firma]
ALCALDIA MUNICIPAL
CARIDAD, VALLE

TESORERO

[Firma]
ALCALDIA MUNICIPAL
TESORERIA
CARIDAD, VALLE

John Em Douthett. 9-8-23

1705 1981 00538

61.

Quinto Seminario Anual de
Educación de Inocentinos
Unión y Sembrar de Flores
Primer y Segundo
Cuarto Negativo.

L.D. De Ocho Inocentinos
Unión.



JULIA EVA

BONILLA ALVARADO

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH: NUMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER

25-07-1962

1705 1981 00538

NACIONALIDAD / NATIONALITY

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY

HND

25-07-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH

HONDURAS



Tellus A



RNP



3400000002238574

DOMICILIO / ADDRESS

CARIDAD
VALLE



COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0019801304<<<<<<<<<<<<<
6207258F3107254HND<<<<<<<<<<<4
BONILLA<ALVARADO<<JULIA<EVA<<

DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS
DERIVADOS DEL COMBUSTIBLE S DE RL
BLV FFAA 200M ABAJO DE ASTALDI
TEL 2230-1269 auditoriadiprode@gmail.com
TX FFAA

CAI:
4B5DED-20F854-FE4289-DC8A51-BB4529-D8
RTN: 08019009238118
AUTH NO.:
FECHA LIMITE EMISION: 02/08/2023
RANGO: 009-002-01-04820401 A LA
009-002-01-05240400

FACTURA

NO.: 009-002-01-05168885
NOMBRE: ALCALDIA DE CARIDAD

RTN: 17059995437725

EFFECTIVO

Fecha: 28/06/23 Hora: 14:52:38
SURTNO7 IPTNO3

VOLUMEN	DESCRIPCION	PRECIO	MONTO
49.419	SUPER	28.07	L. 1387.2

Descuentos y Rebaja (-) L. 0.0

TOTAL L. 1387.2

Importe Exonerado (-) L. 0.0

TOTAL A PAGAR L. 1387.2

EFFECTIVO L. 1387.2

UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE CON
20/100 LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. DC Exentas: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
ED0.00% L.	1387.2	L. 0.00 L.	1387.2
I15.00% L.	0.0	L. 0.00 L.	0.0
I18.00% L.	0.0	L. 0.00 L.	0.0
TOTAL L.	1387.2	L. 0.00 L.	1387.2

ORIGINAL CLIENTE-COPIA EMISOR
GRACIAS POR SU COMPRA

DIA

11

MES

04

AÑO

23

POR LPS.

500

Nº _____

Recibí de:

Alcaldia de Caridad, Valle

La cantidad de:

Quinientos Lempiras

Por concepto de:

~~Se~~ Ayuda Social por concepto de ~~Se~~
alimentacion

Sal. Ant.

Abono

Saldo
Actual

Firma Autorizada



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



SOLICITUD DE AYUDA:

DIRIGIDO A: Corporación Municipal de Caridad, Valle

NOMBRE DEL SOLICITANTE: Sandra Yamileth Ruiz

NUMERO DE IDENTIDAD: 1207-1975-00060

CONCEPTO DE LA AUYDA: Social para compra de alimentos por ser madre soltera, de escasos recursos economicos y de capacidades especiales

CANTIDAD SOLICITADA: Lps 500.00

CANTIDAD DE LETRAS: Quinientos Lempiras Exactos

FECHA: 11/09/23


FIRMA DEL SOLICITANTE

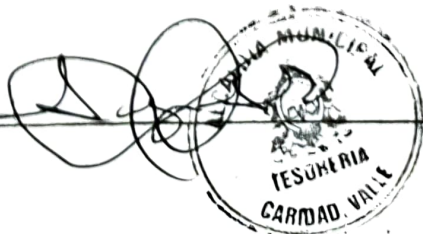
1207-1975-00060

Nº DE IDENTIDAD

FIRMA DEL ALCALDE: 1207-1975-00060



TESORERO



SANDRA YAMILEH

APPELLID / SURNAME

RUIZ

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER

23-06-1975

1207 1975 00060

NACIONALIDAD / NATIONALITY

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY

HND

23-06-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH

HONDURAS



RNP



3400000004552594

DOMICILIO / ADDRESS

LAUTERIQUE
LA PAZ



COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0050997103<<<<<<<<<<<<<
7506235F3106235HND<<<<<<<<<<<O
RUIZ<<<SANDRA<YAMILEH<<<<<<<<<



Grupo A&B

GRUPO A&B SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Aldea Las Lajas, 1 KM de Aduana el Amatillo, Goascoran, Valle

Email: aybfactory16@gmail.com

Cel.: 9451-0913 / R.T.N. 01019018996198

FACTURA N° 000-001-01-000

22101

CAI: 13AD90-70624E-194D94-36FF28-90AE87-66

CLIENTE:

Municipalidad cantón Valle

R.T.N.:

7705999543725

FECHA:

DÍA

16

MES

06

AÑO

23

DIRECCIÓN:

CANTIDAD

DESCRIPCIÓN

PRECIO
UNITARIO

DESCUENTOS Y
REBAJAS OTORGADOS

TOTAL

500 u

27.66

600

TOTAL

600

Rango Autorizado del 00-001-01-00020401 al 000-001-01-00025400

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 24/01/2024

VALOR EN LETRAS:

N° Correlativo de orden de compra exenta

N° Correlativo de constancia de registro exonerado

N° Identificativo del registro de la S.A.C.

ORIGINAL: CLIENTE COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR
LA FACTURA ES A BENEFICIO DE TODOS "EXJUALA"

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.

600

Guyris
FIRMA