



SAN MARCOS DE LA SIERRA,  
INTIBUCÁ  
EJERCICIO: 2023  
**Orden de Pago**  
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 13/10/2023  
Hora : 04:53 p.m.  
USUARIO: MARVINJOEL.GARCIA

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 3037

L: 21,983.30

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 2613

Fecha de Emision: 13/10/2023

No.Cheque/Nota de Debito: \_\_\_\_\_

Paguese a: DROGUERIA Y FARMACIAS DEL AHORRO SA

Id/RTN: 08019003000364

La Cantidad en Letras: VEINTIUN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES CON TREINTA CENTAVOS

Descripcion:

CONTRAPARTE MUNICIPAL EN APOYO EN EL DIA INTERNACIONAL DEL CÁNCER DE MAMA , ACTIVIDAD REALIZA EN COORDINACIÓN OFICINA MUNICIPAL DE LA MUJER Y CENTRO ASISTENCIAL DE SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA APROBADO MEDIANTE ACUERDO CORPORATIVO.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
12 00 000 004 000 54200 11-001-01	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	21,983.30

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
<b>Total de retenciones:</b>		<b>0.00</b>

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	21,983.30
<b>Monto Total:</b>		<b>21,983.30</b>

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	21,983.30
- RETENCIONES	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>21,983.30</b>

Firma y Sello de Presupuestario 	Firma y Sello de Alcalde (sa) 	Firma y Sello de Tesoreria 
-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Recibido por: \_\_\_\_\_

Identidad No.: 1004-2002-00257

0s-tjs/j9Jmd9bRj3ZNqQuZk2IfriE7Wmd54wmMQQsy9pGK5+fXGKMaJmYgvgbagiCGmTHsjS7c7czZWf3HoTptD/WBraqOOOMDA+LSonbv9EF/25MxX4qRQ53lqyE6C21a1Ez7hDBzONKlv9urL9kQAJ86rWsiw3cgBxRCosh5gTqH9Npu+b50 kO0x1prU7APV

## Solicitud

San Marcos de la Sierra, Intibucá  
San Marcos Centro  
28 de Septiembre 2023

**Honorable Corporación Municipal**

Su oficina

Honorable Corporación Municipal de San Marcos de la Sierra reciba cordiales saludos y muchos éxitos en sus labores diarias por el bien y desarrollo del Municipio.

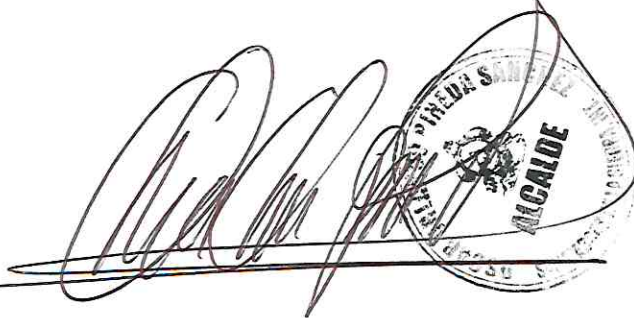
El motivo de la presente es para solicitarle apoyo con la compra de medicamentos para la feria de la Salud a desarrollarse en el Portillón el día 16 de Octubre del presente año la compra constaría de los siguientes fármacos:

- Azitromicina en Tabletas (30)
- Beclometazona en Puff (10)
- Gentamicina en gotas oftálmicas (10)
- Loratadina en frasco (20)
- Metronizadol en Tableta (100)
- Diclofenac en Ampolla (20)
- Ceftriaxona en Ampolla (15)
- Acetaminofen en Tableta (400) y Jarabe (30)
- Multivitaminas para niños (20) y adultos (300)
- Amoxicilina en Cápsula (100)

Asimismo, solicitamos apoyo para la compra de 20 espéculos desechables para la realización de citologías en la misma actividad.

Esperando una respuesta positiva en pro de la salud de la población del Portillón, y agradeciendo su fina atención.

  
**Firma del Solicitante**  
**Dr. Luis Berrios**  
**Director del CIS San Marcos de la Sierra**



**De Alcaldía Municipal De San Marcos Sierra**  
**Departamento De Intibucá, Honduras C. A.**  
**Solicitud de cotización**

Señor (a): \_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha: La Esperanza, Int.  
 Nr. de teléfono: 98007499

cantidad	unidad	Descripción de materiales	Precio	
			Unitario	Total
400		Acetaminofen 500mg TAB	1.71	684.00
30		Acetaminofen jarabe	102.20	3,066.00
100		Amoxicilina 500mg TAB	6.25	625.00
10		Gentamicina gotas oftalmicas	78.07	780.7
30		Azitromicina 500mg TAB	71.40	2,142.00
10		Beclometasona puff	269.40	2,694.00
15		Ceftriaxona 1g IM/IV	132.00	1,980.00
20		Diclofenaco IM/IV	14.28	285.60
20		Loratadina jarabe	105.00	2,100.00
100		Metronidazol 500mg TAB	4.20	420.00
20		Vitamina Niño	182.00	3,640.00
300		Vitamina Adulto	329.00	3,290.00
20		Especulos descartables esteriles	13.80	276.00
total:				21,983.3

Para la pronta cancelación de este suministro, favor presentar el original de esta orden acompañada de original y copia del recibido y facturas a la tesorería de esta alcaldía,




Firma del proveedor



# AGENCIA MATAMOROS, S. DE R.L.

R.T.N.: 05019002064370



## Oficina Principal

Sector Calpulón, Carretera Al  
Aeropuerto, San Pedro Sula,  
Cortes, Honduras, C.A.  
Tel.: +504 2589-9041, 2589-  
9725.

## Sucursal Benque SPS

2 Calle, 10-11 Av. S.O. No.75,  
Bo. El Benque, San Pedro Sula,  
Honduras, C.A.  
Tel.: +504 2532-3329, 2533-  
3720

## Sucursal Chaleta SPS

Centro comercial "Tara Low  
Chaleta",  
Col. Tara, a la par IHSS,  
Honduras, C.A.  
Tel.: +504 Tel. 9583-7626

## Sucursal Tegucigalpa

Col. Florencia Horio, 3 Av. 2-4  
Cil. No.2233, Tegucigalpa  
M.D.C., Honduras, C.A.  
Tel.: +504 2232-2187, 2238-  
1829

info@agenciamatamoros.com

## Cotización No.

COT-CHT-2023-00014

Fecha: 12-10-2023

Vence: 12-11-2023

Cliente: Contado SPS CHT

Dirección: None

Condición: Contado

RTN:

Vendedor: RSD

Cliente: Alcaldía Municipal de San Marcos  
de la Sierra

RTN: None

Nro	Código	Descripción	Cantidad	Precio Lista ISV	Desc %	SubTotal
1	21-EDEM-CT	Especulos Descartables Esteriles M Con Tornillo	Und(mts) 10	L 12.00 15%	0.0%	L 120.00
2	21-EDEL-CT	Especulos Descartables Esteriles L Con Tornillo	Und(mts) 5	L 12.00 15%	0.0%	L 60.00
3	21-EDES-CT	Especulos Descartables Esteriles S Con Tornillo	Und(mts) 5	L 12.00 15%	0.0%	L 60.00

Cantidad total: 20

En palabras: HNL. Doscientos Setenta Y Seis solo.

Tipo de cambio: 1

Subtotal: L 240.00

Descuentos/Rebajas: L 0.00

Importe Exento: L 0.00

Importe Exonerado: L 0.00

Importe Gravado 15%: L 240.00

Impuestos S/Venta 15%: L 36.00

Total: L 276.00



**Alcaldía Municipal de San MARCOS DE SIERRA**  
**Departamento de Intibucá, Honduras C. A.**



**ORDEN DE COMPRA N° \_\_\_\_\_**

Señor (a): \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Atentamente Solicito a Ud. suministre a: \_\_\_\_\_

El material:  Servicio: \_\_\_\_\_ que a continuación se detalla:

Unidad	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Total
tabletas	400	Acetaminofen 500mg	2.85	684
Jarabe	30	Acetaminofen	136.27	3,066
Capsula	100	Amoxicilina 500mg.	10.42	623
Frasco	10	Ceftriaxona 1000.00	170.12	780.70
tabletas	30	Mitromipino 500mg	119	2142
Puff	10	Beclometazona	449	2694
Vial	15	Ceftriaxona	220	1980
Jarabe	20	Loratadina	175	2100
tableta	100	Mefenidazol 500mg	7	420
tabletas	300	Engiovit 070 Multiv. Adulto	408.60	3,290
Jarabe	20	Sesinomy's Jarabe Infantil Multi	226.08	3,640.
Especulo	10	Especulos Descartables E.M	12.00	120.00
Estériles	10	Especulos Descartables	132.00	156.0
<b>TOTAL</b>				

Para la pronta cancelación de este suministro, favor presentar el original de esta orden acompañada de original y copia del recibido y facturas a la tesorería de esta alcaldía, dentro de un plazo no mayor de 30 días

  
 Firma y Sello de Alcalde Municipal
 



# AGENCIA MATAMOROS, S. DE R.L.

R.T.N. 05019002064370

## Oficina Principal

Sector Calpules, Carretera Al  
Aeropuerto, San Pedro Sula, Cortes,  
Honduras, C.A.  
Tel.: +5042559-9041,2559-9725.

## Sucursal Benque SPS

2 Calle, 10-11 Av. S.O. No.75,  
Bo. El Benque, San Pedro Sula,  
Honduras, C.A.  
Tel.: +504 2552-3329,2553-3720

## Sucursal Chalets SPS

Centro comercial "Tara Los Chalets",  
Col. Tara, a la par IHSS.,  
Honduras, C.A.  
Tel.: +504 Tel. 9583-7626

## Sucursal Tegucigalpa

Col. Florencia Norte, 3 Av. 2-4 CII,  
No.2233, Tegucigalpa M.D.C.,  
Honduras, C.A.  
Tel.: +504 2232-2067,2239-1829

contabilidad@agenciamatamoros.com

**Cliente:** ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN MARCOS DE LA SIERRA

**Dirección:** None

**RTN:**

**Cod Cliente:** 000020

**Hora:** 11:51:27.878464

**Condición:** Contado

**Vence:** 14-10-2023

**Orden de Cliente:**

**Vendedor:** BNQ

**Factura No.:** 003-001-01-00209463

**Fecha:** 14-10-2023

**CAI:** F77F13-5D5E2E-614CB3-B3E0C2-588AF4-FB

**De:** 003-001-01-00208001 A 003-001-01-00228000

**Fecha límite emisión:** 20-09-2024

**No. O/C Exenta:**

**No. CONSTANCIA REG. EXONERACION:**

**No. REG. SAG.:**

Nro	Producto	Descripción	Cantidad	Precio Lista	Desc %	ISV	SubTotal
1	21-EDEM	Especulos Descartables Esteriles M Sin Tornillo	Und(es) 10	L 12.00	0.0%	15%	L 120.00
2	21-EDEL	Especulos Descartables Esteriles L Sin Tornillo	Und(es) 10	L 12.00	0.0%	15%	L 120.00

**Valor en letras:** Doscientos setenta y seis lempiras con cero centavos.

Por Cada Cheque Devuelto Se Cobrara L.400.00

Firma Cliente

Subtotal:	L 240.00
Descuentos/Rebajas:	L 0.00
Importe Exento:	L 0.00
Importe Exonerado:	L 0.00
Importe Gravado 15%:	L 240.00
Impuestos S/Venta 15%:	L 36.00
Total:	L 276.00

ENTREGADO BODEGA  
Agencia Matamoros, S. de R.L.

AGENCIA MATAMOROS, S. DE R.L.  
"LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJA LA"  
**CANCELADO**  
NO SE ACEPTAN  
DEVOLUCIONES

Cuidar su salud es nuestra tarea  
 Drogueria y Farmacias del Ahorro, S.A.  
 Colonia Las Torres, Primera Calle, al  
 lado de Bodega Café Maya.  
 legal@centroamericanoconsulting.com  
 Farmacias del Ahorro No. 33  
 Bo. El Centro, La Esperanza Intibuca  
 RTN.08019003000364 Call Center Tel  
 2276-4747 Whatsapp 9439-1717 Tel.  
 2783-0023 Tel.2630-1115

FACTURA

056-001-01-00605511

2023-10-14

Cliente: Consumidor Final

MUNICIPALIDAD DE SAN MARCOS DE LA SIERRA  
 RTN//08019003429902  
 Cedula: 00000000000000

Cant	Precio	Unit	Total
			G
Enqiovit Q10, 30 capsulas			
010 * 408.70 - 122.61 =			3,290.00
Silnamys Jarabe, frasco 110ml			G
020 * 226.08 - 67.82 =			3,640.00
Subtotal L.			8,608.60
Descuentos y Rebajas			
Otorgadas - L.			2,582.50
Importe Exonerado L.			0.00
Importe Exento L.			0.00
Importe Gravado 15% L.			6,026.10
Importe Gravado 18% L.			0.00
ISV 15% L.			903.90
ISV 18% L.			0.00
Total a Pagar L.			6,930.00
Efectivo L.			6,930.00
Cambio			0.00

Total en Letras: Seis mil novecientos  
 treinta Lempiras

Si usted compra con Tarjeta  
 Promerica su ahorro seria de 860.86  
 mas!!!

\_NO. REGISTRO SAG:-----  
 \_NO. REGISTRO EXONERADO:-----  
 \_NO. ORDEN DE COMPRA EXENTA:---  
 \_NO. CARNET EXONERADO:-----

ORIGINAL CLIENTE

COPIA CONTRIBUYENTE EMISOR

¡Gracias Por Preferirnos!

C.A.I.:

04102B-D2ED4D-E8479C-F12763-511360-ED  
 Rango Autorizado: 056-001-01-00543001 al  
 056-001-01-00613000

Cuidar su salud es nuestra tarea  
 Drogueria y Farmacias del Ahorro, S.A.  
 Colonia Las Torres, Primera Calle, al  
 lado de Bodega Café Maya.  
 legal@centroamericanoconsulting.com  
 Farmacias del Ahorro No. 33  
 Bo. El Centro, La Esperanza Intibuca  
 RTN.08019003000364 Call Center Tel  
 2276-4747 Whatsapp 9439-1717 Tel.  
 2783-0023 Tel.2630-1115

FACTURA  
 Tercera Edad

056-001-01-00605510

2023-10-14

Cliente: Consumidor Final

MUNICIPALIDAD DE SAN MARCOS DE LA SIERRA  
 RTN//08019003429902  
 Cedula: 00000000000000

Cant	Precio	Unit	Total
			E
Acetaminofen 500mg Adiuvo, 1 de 100 tabletas			
400 * 2.85 - 1.14 =			684.00
Acetaminofen Lancasco Jarabe, frasco 120 E			
010 * 136.27 - 34.07 =			3,066.00
Amoxicilina AMOXIUM 500mg Adiuvo, 1 de 1 E			
100 * 10.42 - 4.17 =			625.00
ArtiGent Gentamicina-AN Colirio, frasco 5ml			E
010 * 110.12 - 32.05 =			780.70
Azitromicina ZITROX 500mg ADIUVO, 1 de 3 E			
030 * 119.00 - 47.60 =			2,142.00
Beclometasona 250mcg Adiuvo, 200 dosis E			
010 * 449.00 - 179.60 =			2,694.00
Ceftriaxona LISBAC 1g IM ADIUVO, vial E			
015 * 220.00 - 88.00 =			1,980.00
Locatadina Adiuvo Jarabe, frasco 60ml E			



Cuidar su salud es nuestra tarea  
 Drogueria y Farmacias del Ahorro, S.A.  
 Colonia Las Torres, Primera Calle, al  
 lado de Bodega Café Maya.  
 legal@centroamericanconsulting.com  
 Farmacias del Ahorro No. 33  
 Bo. El Centro, La Esperanza Intibuca  
 RTN.08019003000364 Call Center Tel  
 2276-4747 Whatsapp 9439-1717 Tel.  
 2783-0023 Tel.2630-1115

FACTURA

056-001-01-00610809

2023-11-07

Cliente: Elvira Bautista Lorenzo  
 RFC:  
 Cedula: 1013199300197

Cant	Precio	Unit	Total
			E
Acetaminofen 500mg Adiuvo, 1 de 100			19.90
tabletas			E
010 * 2.85 - 0.86 =			231.66
Acetaminofen Lancasco Jarabe, frasco 120			E
002 * 133.89 - 18.06 =			49.43
Heli-2 200mg, 2 tabletas			355.71
001 * 59.43 - 10.00 =			E
Subtotal L.			54.71
Descuentos y Rebajas			0.00
Otorgadas - L.			300.99
Importe Exonerado L.			0.00
Importe Exento L.			0.00
Importe Gravado 15% L.			0.00
Importe Gravado 18% L.			0.00
ISV 15% L.			0.00
ISV 18% L.			0.00
Total a Pagar L.			301.00
Efectivo L.			505.00
Cambio			204.00

Total en Letras: Trescientos uno Lempiras  
 Si usted comprara con Tarjeta  
 Promerica su ahorro seria de 35.57 mas!!!

AHORROPUNTOS Acumulados: 10  
 AHORROPUNTOS en Factura: 15  
 AHORROPUNTOS Total: 25  
 \_NO. REGISTRO SAG:-----  
 \_NO. REGISTRO EXONERADO:-----  
 \_NO. ORDEN DE COMPRA EXENTA:---  
 \_NO. CARNET EXONERADO:-----

ORIGINAL CLIENTE  
 COPIA CONTRIBUYENTE EMISOR  
 ¡Gracias Por Preferinnos!

C.A.I.:  
 04102B-D2ED4D-E8479C-F12763-511360-ED  
 Rango Autorizado: 056-001-01-00543001 al  
 056-001-01-00613000  
 Fecha Limite de Emision: 2023-12-14

**FA** Farmacias  
 Ahorro  
 Pide tus medicamentos  
**A DOMICILIO**



República de Honduras  
Servicio de Administración de Rentas  
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 23/08/2017

RTN: 05019002064370

AGENCIA MATAMOROS S DE RL

Nombre o Razón Social

Inscripciones

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

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 del Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 del Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.

  
Ministra Directora

  **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.

**"El pago de los impuestos no es una opción, es una obligación"**  
Número de Documento SAR-412- 2691292 Transacción: B4A094

**RNP**

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



*NOMBRE / FORENAME*

**ANGEL JOSIEL**

*APELLIDO / SURNAME*

**ROSALES GARCIA**

*FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH*

**21-10-1996**

*NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER*

**0301 1996 01808**

*NACIONALIDAD / NATIONALITY*

**HND**

*FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY*

**21-10-2031**

*LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH*

**HONDURAS**





0377

**ALCALDIA MUNICIPAL DE LA ESPERANZA**  
**LA ESPERANZA, INTIBUCA HONDURAS C.A.**



**PERMISO DE OPERACIÓN DE NEGOCIOS 2023**


NOMBRE DEL NEGOCIO: FARMACIAS DEL AHORRO.  
RTN: 08019003000364.  
PROPIETARIO: ALEX RAMON MARTINEZ CHAVEZ.  
UBICACION: BARRIO EL CENTRO.  
ACTIVIDAD PRINCIPAL: FARMACIA.

De acuerdo al artículo N.124 del reglamento de la ley de Municipalidades, para la apertura y operación de establecimientos comerciales en este Municipio, el suscrito Alcalde Municipal concede el presente permiso el cual deberá ser colocado en un sitio visible. Recuerde seguir aplicando las medidas de bioseguridad para prevenir el COVID-19.


Dado en la ciudad de la Esperanza, Departamento de Intibucá, a los 27 días del mes de Enero del año 2023.

(Vence el 31 de diciembre del 2023)

NOTA: Sin firma y sin sello no es valido

  
Dr. Miguel Antonio Fajardo Mejia  
ALCALDE MUNICIPAL



  
P.M. Luz Marina Hernández  
TESORERA MUNICIPAL





República de Honduras  
 Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos  
 Registro Tributario Nacional

RTN: 08019003000364

DROGUERIA Y FARMACIAS DEL AHORRO SA  
 Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	<input checked="" type="checkbox"/>	Productores Importadores de Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/>	Productores 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"/>		

Fecha de Emisión: 20150223

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 55 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003. Art. 8 Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 16 de Enero de 1973.



Ministra Directora

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento DEI-412- 1819180

Transacción: 77D503



## CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA



**201-23-10500-82288**

La DIRECCIÓN DE GRANDES CONTRIBUYENTES SAN PEDRO SULA en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **AGENCIA MATAMOROS S DE RL**  
Con Registro Tributario Nacional: **05019002064370**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-23-10500-82288 en fecha 03/10/2023, y Recibo Oficial de Pago No. 25713177323 de fecha 30/09/2023 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la Presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202301, según Declaración 35749031202, presentada el 21/04/2023.

La presente Constancia vence el 02/01/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

MANUEL PORTILLO CORTES  
DIRECTOR DE GRANDES CONTRIBUYENTES SAN PEDRO SULA



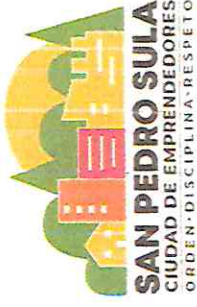
(\*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección <http://constancias.sar.gob.hn/> , ingresando el número **201-23-10500-82288** o mediante el siguiente código QR:





# MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA

## LICENCIA DE OPERACIÓN DE NEGOCIO



PERMISO No. 83490  
DECLARACIÓN No. 126626  
FECHA EMISIÓN 2023 5 06/06/2023

02/05/2023 APERTURA

FECHA VENCIMIENTO 31 de Diciembre del 2023

Habiendo cumplido con los requisitos establecidos en la Ordenanza Municipal vigente para la emisión de Licencia de Operación De Negocios en el municipio de San Pedro Sula, aprobada en el punto no. 05 del acta no. 170, de la sesión ordinaria celebrada por la honorable Corporación Municipal de San Pedro Sula el 19 de diciembre del 2017, se otorga la presente Licencia de Operación a:

**AGENCIA MATAMOROS**  
AGENCIA MATAMOROS S. DE R. L.

UBICADO EN: NOR-OESTE URBANO LA TARA CALLE: - AVE: - LOCAL:  
RTN o DNI.: 05019002064370 EXPEDIENTE :001 SUCURSAL :002 CLAVE CATASTRAL: 0410319002  
ZONIFICACIÓN: DCN HORARIO DE ATENCIÓN: Horario no controlado

CATEGORIA: C2  
RIC/RMC : 1056654

GIRO COMERCIAL  
DISTRIBUCION Y VENTA DE EQUIPO PROFESIONAL Y CIENTIFICO



(\*) Es obligación del destinatario de la presente constancia verificar su validez a través de internet en la dirección <https://www.sanpedrosula.hn/validador>, ingresando el código ICSRKEX-MEY2-OTM o mediante el siguiente código QR:



DIRECCIÓN TÉCNICA DE INGRESOS

IMPRESIÓN : wsolorzano  
FECHA : 07/06/2023 11:19:04 AM

EXHIBIR ESTE PERMISO EN LUGARES VISIBLES DEL ESTABLECIMIENTO





HONDURAS  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

### Alcaldía Municipal de San Marcos de la Sierra

Departamento de Intibucá

Honduras C. A.

### RECEPCION DE MATERIALES

Por Medio de la presente hacemos constar que se recibió de:

Farmacias el Ahorro

Para: apoyo a actividad coordinada por oficina de la mujer

De: \_\_\_\_\_

Los materiales descritos a continuación:

No.	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	observaciones
①	Acetaminofen 500mg		400 tab	
②	Acetaminofen Jarabe fio.		30	
③	Beclometazona. en fuft 250mg.		10	
④	Amoxicilino 500mg capsulas		100	
⑤	Andigent Gentamicino - colirio fio 5ml		10	
⑥	Azitromicina zitrox 500mg		30	
⑦	Ceftriaxona LisBac 1g 17		15	
⑧	Loratadina Jarabe fio		20	
⑨	Metronidazol 500mg rectal		100	
⑩	Enquivit 610 Multivitaminas Adulto		300	
⑪	Multivitaminas infantil Jarabe		20	

Y para constancia firmamos la presente en \_\_\_\_\_  
a los 14 del mes de Octubre del año 2023.

Entregado por: Keyla Aguilar Ramos

Firma: \_\_\_\_\_

Identidad: 1004-2002-00257

Cargo: Asistente Administrativo

Recibido Por: Elvira Baudista Lorenzo

Firma: \_\_\_\_\_

Identidad: 1013-1993-00197

Cargo: Lic. SSU.



**ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN MARCOS DE LA SIERRA**  
 DEPARTAMENTO DE INTIBUCÁ  
 Cuenta No. 00113010021653

**CHEQUE No. 00002586**

**SAN MARCOS DE LA SIERRA**  
 Lugar y Fecha

13 de octubre de 2023

**DROGUERIA Y FARMACIAS DEL AHORRO SA**

21,983.30

Páguese a la orden de

**VEINTIUN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES CON TREINTA CENTAVOS**

Cantidad en letras

Lempiras

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

Firma(s)

0011301002165300002586

**CONCEPTO DE PAGO**

**PAGO DE CONTRAPARTE MUNICIPAL EN APOYO EN EL DIA INTERNACIONAL DEL CÁNCER DE MAMA, ACTIVIDAD REALIZA EN COORDINACIÓN OFICINA MUNICIPAL DE LA MUJER Y CENTRO ASISTENCIAL DE SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA APROBADO MEDIANTE ACUERDO CORPORATIVO.**

NUMERO DE CUENTA	CONCEPTO	DEBE	HABER
			21,983.30
			170.00

**CHEQUE No.**

00002586

CONTABILIZADO POR

REVISADO POR

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME

R.F. CONNELLEY DE HONDURAS, S.A. DE C.V., TELS.: 22113328, 2558-5590, (CR 03-119) \* 713423-01 \* DFO19030000IN

R.F. CONNELLEY de Honduras, S.A. de C.V.

R.R. DONNELLEY DE HONDURAS, S.A. DE C.V. TELS.: 2221-3328, 2556-5890, CR (03-19) 719423-01 • DF011903030H

CONCEPTO DE PAGO

PAGO DE CONTRAPARTE MUNICIPAL EN APOYO EN EL DIA INTERNACIONAL DEL CÁNCER DE MAMA , ACTIVIDAD REALIZA EN COORDINACIÓN OFICINA MUNICIPAL DE LA MUJER Y CENTRO ASISTENCIAL DE SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA APROBADO MEDIANTE ACUERDO CORPORATIVO.

NUMERO DE CUENTA	CONCEPTO	DEBE	HABER
			21,983.30
	PAGO DE CONTRAPARTE MUNICIPAL EN APOYO EN EL DIA INTERNACIONAL DEL CÁNCER DE MAMA , ACTIVIDAD REALIZA EN COORDINACIÓN OFICINA MUNICIPAL DE LA MUJER Y CENTRO ASISTENCIAL DE SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA APROBADO MEDIANTE ACUERDO CORPORATIVO.		

CHEQUE No. **00002586**

CONTABILIZADO POR *[Signature]* REVISADO POR *[Signature]* AUTORIZADO POR *[Signature]* RECIBI CONFORME *[Signature]*



**REPÚBLICA DE HONDURAS**  
**MUNICIPALIDAD DE SAN MARCOS DE LA SIERRA**  
**DEPARTAMENTO DE INTIBUCÁ**

Nº 010883

Fecha 13 de Octubre de 2023 Por Lps. 21,983.30

Recibí de La Tesorería Municipal de San Marcos de la Sierra, Intibucá

La Cantidad de: Veintiun mil novecientos ochenta y tres con treinta centavos Lempiras

Por concepto de: pago de contraparte municipal en apoyo al día internacional del cáncer de mama.

Y para efectos legales firmo la presente en San Marcos de la Sierra, Depto. de Intibucá

Identidad No. 08019003000364

*[Signature]*  
Firma O Huella Del Beneficiario

IMPRESA TECNOPRINT R.T.N. 1503198506165, Tel. 2783-4232 / 100 Tel. 7501 al 12500 EMB. 012018



LISTADO DE ASISTENCIA

LUGAR: C.E.B Jose Trinidad Cobarras FECHA: 16 - Octubre - 2023

MOTIVO DEL EVENTO: FERIA DE SALUD - "CANCER DE MAMA"

RESPONSABLE DEL EVENTO: Elis San Marcos de la Serna

N.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	# IDENTIDAD O CARNET	CARGO EN LA COMUNIDAD	TELEFONO	FIRMA DEL PARTICIPANTE
1	Maria AGUSTINA GOMEZ	10-13-2000-00150	El Portillón		Maria Agustina Gomez G.
2	Rosa DELIA Gomez	10-13-1992-00003	El Portillón		Rosa Delia Gomez Lozano
3	Maria Lopez	1013199600089			Maria Lopez
4	Maria ANGELA Garcia	1013199800035	El Portillón		Maria ANGELA Garcia
5	ELSA ARACELI Hernandez	1013200200162	El Portillón		ELSA ARACELI Hernandez
6	Maria D. Concepcion	1013-1996-00091	El Portillón		Maria D. Concepcion
7	Maria Concepcion	1013200700027	El Portillón		Maria Concepcion
8	Reina Margarita G. M.	1013-2004-00168	El Portillón		Reina Margarita G. M.
9	Alba Luz Garcia	1013-1998-00172	El Portillón		Alba Luz Garcia
10	Maria Paula Gomez Diaz	1013 2007 00041	La Calera		Maria Paula Gomez
11	Emiliana Gomez Diaz	1013199600182	el Portillón		Emiliana Gomez Diaz
12	Norma Francisca Garcia	1013199100125	el Portillón		Norma Francisca Garcia
13	Maria Rosa Gomez Diaz	1013200100174	La Calera		Maria Rosa Gomez Diaz
14	Maria Soledad	1013-1991-00059	San		Maria Soledad
15	Jesica Marilú	1013200100033	El Portillón		Jesica Marilú
16	Gloria Gomez	1004199900121	Calera		Gloria Gomez
17	Maria Santos		el Portillón		Maria Santos
18	Maria Magdalena Gomez	13171990-00158	Calera		Maria Magdalena Gomez
19	Maria Santos Garcia	1013 1993 00051	Calera		Maria Santos Garcia
20	Maria Heribela Cabrera	1013 1994 00137	El Portillón		M. Heribela Cabrera
21	Maria Francisca	1013199300236	El Portillón		Maria Francisca
22	Maria Evelia G.	1013199800160	El Portillón		Maria Evelia G.
23	Antonia	1013 1996 00018	el Portillón		Antonia
24	Maria Balbina	1013 1992 00068	El Portillón		M.B.C.
25	Edon Henrí	1013 1993 00019	El Portillón		Edon Henrí
26	Maria Santos	1013200400088	El Portillón		Maria Santos
27	Betis Herlinda Gomez	1013200700124	El Portillón		Betis Herlinda Gomez
28	Maria Marta	1013-1990-00118			M. Marta
29	Maria Clementina	012-1997-00205	El Portillón		M. Clementina
30	Maria Raimunda B.G.	1013-1994-00051	El Portillón		Maria Raimunda B.G.
31	Maria Guadalupe	1013197900008	El Portillón		M. G.P.M.
32	Betilia Garcia	1013 2004 00150	El Portillón		Betilia Garcia
33	Maria Silvia Gomez	102220020110	El Portillón		Maria Silvia Gomez
34	Francisca	1013-2001-00223	El Portillón		Francisca
35	Maria Delmira Garcia	1013-1991-00192	El Portillón		Maria Delmira Garcia



LISTADO DE ASISTENCIA

LUGAR: CEB Jose Trinidad Cabana FECHA: 16 - Octubre - 2023

MOTIVO DEL EVENTO: FERIA DE SALUD "CANCER DE MAMA"

RESPONSABLE DEL EVENTO: US: San Marcos de la Sierra

N.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	# IDENTIDAD O CARNET	CARGO EN LA COMUNIDAD	TELEFONO	FIRMA DEL PARTICIPANTE
1	Maria Santos Lopez	1013 1980 00071	el Partillon		santos Lopez
2	Maria Maximel Li	1013 1999 00257	el Partillon		Maria Maximel Li
3	Monica Simona Lopez Heredia	1013 1993	el Partillon		Monica Simona Lopez
4	Monica Valentina Bautista	1013 1991 00207	el Partillon		Monica Valentina Bautista
5	Maria Leonor Garcia Cabra	1013 1990 0010			Ma Le Gr Ca
6	Antonia Garcia Cabra	1013 1995 0098			An Ga Cab
7	Maria Mariela H. Lopez	1013 2003 0014	El Partillon		Maria Mariela H Lopez
8	Luis Gomez Pias	1013 2001 0029	el Partillon		Luis Gomez Pias
9	Neli Su Yape Cabrerias	1013 2004 00189	el Partillon		Neli Su Yape S.
10	Moni Melquedes Lopez V	1013 1987 00207	el Partillon		Moni Melquedes Lopez
11	Gloria Su Yape	1013 1985 00150	el Partillon		Gloria Su Yape Gomez
12	Delmi Marlene Gomez	1013 2000 00734	el Partillon		delmi marlene Gomez
13	Sandra Dinares Gonzalez	1013 2003 0004	el Partillon		Sandra Dinares Gonzalez
14	Brigido Sasto	1013 1974 00103	El Partillon		Brigido Sasto
15	Juana Lorenzo		el Partillon		Juana Lorenzo
16	Maria Santana Romas	13171948 00005	Calera		Maria Santana Romas
17	Moni Margarita Gutierrez	1013 1974 00091	el Partillon		M. Margarita Gutierrez
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

*M. B. Gutierrez*  
Lesly Gutierrez

*Elvira Baezista*  
Elvira Baezista

**Dotación de Medicamentos por parte de la Corporación Municipal de San Marcos de la Sierra**

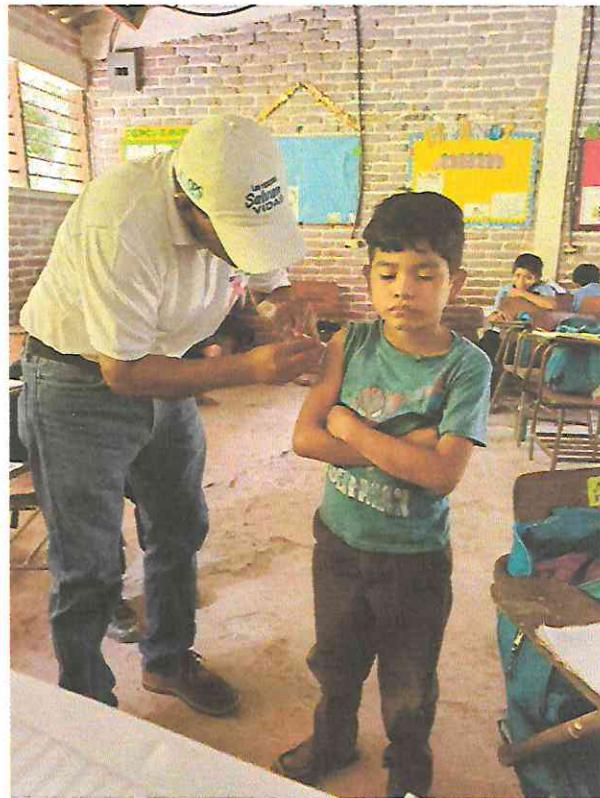




Consulta y entrega de medicamentos







Vacunación a toda la población con esquema a niños menores de 5 años,  
Esquema de 11 años.



## Aplicación de Hojas Filtro





Charlas a la Población sobre el cáncer de mama

