



SANTA MARÍA, LA PAZ  
 EJERCICIO: 2023  
 USUARIO: RB.HERNANDEZ



Emisión: 5/12/2023  
 Hora: 11:47 a.m.  
 Pagina: 1 de 1

### Reposiciones del Fondo en Avance de Caja Chica

Honduras, C.A.

Moneda: Lempiras (L)

Expediente No.: 4

No. Rendición: 7501716

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DEL GASTO	SUB-TOTAL	TOTAL	RETENCIONES	LIQUIDO
SERIE: n/a	NUMERO: 00003045				
03 00 000 002 000 30100 11-001-01	Pago de elementos de limpieza para uso interno de la municipalidad	1,805.00			
03 00 000 002 000 30200 11-001-01	Pago de facturas por compras de material de oficina para el sustituyente de contabilidad y secretaria municipal y materiales para decoración de escenario de cabildo abierto	1,035.00			
03 00 000 002 000 30800 11-001-01	Pago de una caja de vaso # 6 litros para uso interno de la municipalidad	550.00			
04 00 000 000 000 31110 11-001-01	Pago de facturas por compra de café, azúcar, helado/leche de agua para uso interno de la municipalidad	1,154.00			
03 00 000 002 000 30900 11-001-01	Pago de cinta métrica para encargado del departamento de desarrollo comunitario	315.00			
04 00 000 000 000 51220 11-001-01	Ayudas sociales a personas por tener problemas de salud	3,500.00			
		Total Factura:	8,159.00	0.00	8,159.00
				<b>Total:</b>	<b>8,159.00</b>

Fuente Especifica	Nombre de la Fuente	Monto Total
11-001-01	Transparencia para Gobierno Local	8,159.00
<b>Total Fuentes Especificas:</b>		<b>8,159.00</b>

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



Municipalidad de Santa María, La Paz

Email: [munisantamaria@yahoo.com](mailto:munisantamaria@yahoo.com)

[lapaz.santamaria@municipalidad.info](mailto:lapaz.santamaria@municipalidad.info)

Tel. 9865 2258

### Caja Chica

Desembolso: N° 09-2023 Valor del Cheque: Lps. 9,629.00

Disponible en caja Lps. 371.00 Total disponible Lps. 10,000.00

Cheque N° 00003045 Fecha de emisión cheque: 1 de noviembre 2023

Departamento de Tesorería

Programa	Actividad	Objeto del gasto	Fondo	Fecha	Descripción	Valor en lempiras
03	002	3920 0	11		Útiles de escritorio oficina y enseñanza	L. 1035.00
				06-11-2023	Pago de factura por la compra de material de oficina como ser 10 folder de vena, 2 Marcadores sharpie, pentel, 1 azul y 1 negro, 1 corrector en cinta, bolígrafos y 1 cuaderno de contabilidad, para el departamento de contabilidad municipal.	L. 291.00
				14-11-2023	Pago de factura por compra de 1 caja de lápiz tinta, 1 caja de clips grandes, 1 caja de clips pequeños, 1 caja de clips bachano plásticos, 1 grapadora, para uso del departamento de secretaria municipal.	L. 560.00
				20-11-2023	Pago de factura por compra de 2 pliegos de papel fomi para letras de cabildo abierto del fecha 24 de noviembre del 2023.	Lps. 76.00
				22-11-2023	Pago de factura por compra de 2 paquetes de alfileres, 3 rollos de cintas para enmascarar en decoración de cabildo	Lps. 108.00



Municipalidad de Santa María, La Paz

Email: [munisantamaria@yahoo.com](mailto:munisantamaria@yahoo.com)

[lapaz.santamaria@municipalidad.info](mailto:lapaz.santamaria@municipalidad.info)

Tel. 9865-2258

### Caja Chica

Desembolso: N° 09-2023 Valor del Cheque: Lps. 9,629.00

Disponibile en caja Lps. 371.00 Total disponible Lps. 10,000.00

Cheque N° 00003045 Fecha de emisión cheque: 1 de noviembre 2023

Departamento de Tesorería

					abierto realizado el 24 de noviembre del 2023.	
--	--	--	--	--	--	--



Autorizado Por:

*[Signature]*  
Alcalde Municipal



Responsable:

*[Signature]*  
Secretaria Municipal



INNOVACIONES 300  
BARRIO SAN MIGUEL COSTADO AL  
SUR DE LA ALCALDIA DE MARCALA  
MARCALA, LA PAZ  
2764-5180

RTN 05101985005876

Propietaria Claudia Trochez  
innovacionstrochez@gmail.com

TIPO FACTURA

Factura # 000-002-01-00068180

Fecha: 06/11/2023 Hora: 03:12:48 p.m.

RTN # 1.2179003434704

Cliente ALCALDIA MUNICIPAL

Cajero: 1 POS #: 1

CLAUDIA

CAI: 58CD6F-7063A7-044A82-0AB08D-

A42852-37

Rango: 000-002-01-00065101 al

000-002-01-00075100

Fecha limite emision: 03/07/2024

ALCALDIA MUNICIPAL SANTA MARIA LA  
PAZ

FOLDER DE VENA T/C

10 X L. 7.50 L. 75.00 G

MARCADOR SHARPIE KING SIZE

1 X L. 55.00 L. 55.00 G

MARCADOR PENTEL P/B AZUL

1 X L. 18.00 L. 18.00 E

MARCADOR PENTEL P/R NEGRO

1 X L. 18.00 L. 18.00 F

CORRECTOR EN CINTA STUDMARK

1 X L. 30.00 L. 30.00 G

BOLIGRAFO POINT AZOR / EXE/BIC

2 X L. 6.00 L. 12.00 E

CUADERNO DE CONTABILIDAD COPAN

1 X L. 83.00 L. 83.00 G

Importe Exonerado: L. 0.00

Importe Exento: L. 48.00

Importe Gravado 15%: L. 211.30

Descuentos/Rebajas: L. 25.00

ISV 15%: L. 31.70

Total Pagado: L. 291.00

EFFECTIVO Entregado L. 300.00

CAMBIO EFFECTIVO L. 9.00

No. Orden de Compra Exenta:

No. Registro SAG:

No. Registro de Exonerados:

No. Carnet de Exonerados:

SON DOSCIENTOS NOVENTA Y UN LEMPI  
CON 00/100 CTVS.

AhoroL. 25.00!

ORIGINAL CLIENTE

COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

E = Exento G = Gravado

La factura es beneficio de todos

Exijatal

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES

INNOVACIONES 300  
BARRIO SAN MIGUEL COSTADO AL  
SUR DE LA ALCALDIA DE MARCALA  
MARCALA, LA PAZ  
2764-5180

RTN 05101985005876

Propietaria Claudia Trochez  
innovacionstrochez@gmail.com

TIPO FACTURA

Factura # 000-002-01-00068180

Fecha: 06/11/2023 Hora: 03:12:48 p.m.

RTN # 1.2179003434704

Cliente ALCALDIA MUNICIPAL

Cajero: 1 POS #: 1

CLAUDIA

CAI: 58CD6F-7063A7-044A82-0AB08D-

A42852-37

Rango: 000-002-01-00065101 al

000-002-01-00075100

Fecha limite emision: 03/07/2024

ALCALDIA MUNICIPAL SANTA MARIA LA  
PAZ

FOLDER DE VENA T/C

10 X L. 7.50 L. 75.00 G

MARCADOR SHARPIE KING SIZE

1 X L. 55.00 L. 55.00 G

MARCADOR PENTEL P/B AZUL

1 X L. 18.00 L. 18.00 E

MARCADOR PENTEL P/R NEGRO

1 X L. 18.00 L. 18.00 F

CORRECTOR EN CINTA STUDMARK

1 X L. 30.00 L. 30.00 G

BOLIGRAFO POINT AZOR / EXE/BIC

2 X L. 6.00 L. 12.00 E

CUADERNO DE CONTABILIDAD COPAN

1 X L. 83.00 L. 83.00 G

Importe Exonerado: L. 0.00

Importe Exento: L. 48.00

Importe Gravado 15%: L. 211.30

Descuentos/Rebajas: L. 25.00

ISV 15%: L. 31.70

Total Pagado: L. 291.00

EFFECTIVO Entregado L. 300.00

CAMBIO EFFECTIVO L. 9.00

No. Orden de Compra Exenta:

No. Registro SAG:

No. Registro de Exonerados:

No. Carnet de Exonerados:

SON DOSCIENTOS NOVENTA Y UN LEMPI  
CON 00/100 CTVS.

AhoroL. 25.00!

ORIGINAL CLIENTE

COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

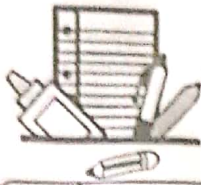
E = Exento G = Gravado

La factura es beneficio de todos

Exijatal

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES





# PAPELERIA ABBA

VENTA DE ÚTILES ESCOLARES Y DE OFICINA Y SERVICIOS SECRETARIALES

Bo. El Centro, Santiago Puringla, La Paz, Tel. 2774-5312 / 9936-3019

RTN: 12181975003155 - Correo: nellito\_31@yahoo.es

PROPIETARIA: MAIRA ONDINA LOPEZ BENITEZ

CLIENTE: Alcaldía Municipal FECHA: 14/11/23

DIRECCIÓN: Santa María, La Paz R.T.N. 12179003434

CAI: 01EAA5-77ASD6-384487-136CFD-EA080A-BE

FECHA LÍMITE DE EMISIÓN: 09/03/2024

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
1	Caja lapiz Pluma	145"		145.00
1	Clips	15"		15.00
1	Caj. Clips.	10"		10.00
2	Caj. Clips	30"		60.00
1	Pap. Bachano.	55"		55.00
1	Grapadora	275"		275.00

RANGO AUTORIZADO: 001-001-01-00005051 AL 001-001-01-00005550

VALOR EN LETRAS

Quinientos Sesenta Lempiras

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJA"

N° Orden de Compra Exenta:	
N° Const. Registro Exonerado:	
Registro SAG No.:	

FIRMA

TOTAL L. 560.00

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	
IMPORTE GRAVADO AL 15% L.	
IMPORTE GRAVADO AL 18% L.	
ISV 15% L.	
ISV 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	<u>560.00</u>

FACTURA 001-001-01-00 N° 005443

Original: Cliente / Copia: Obligado Tributario Emisor

IMPRESA VILLANUEVA, TELS. 3369-3704 / 2670-5458. E-mail: imprenta\_villanueva@yahoo.com • RTN: 06101978008402. RFI: 9231-22-10500-82





# COMERCIAL H.H

Prop. Francisco Hernandez

Cel. 9628-0117 / R.T.N. 12171973001434

CAI:649E13-B37781-C2448D-D7E508-B75161-41

E-mail: francisco comercial.hh@gmail.com  
Santa María, La Paz

DÍA	MES	AÑO
22	11	23

Ciente: Municipalidad  
R.T.N. 12179003434304 Dirección: Sta maria

CANT.	DESCRIPCIÓN	PREC. UNIT.	Descuentos y Rebajas Otorgados L.	TOTAL LPS.
2	Pag alfileres	30 =		60 <sup>00</sup>
3	R masquia	16 =		48 <sup>00</sup>

DATOS DEL CLIENTE EXONERADO  
N° Correlativo de orden de compra exenta:  
N° Correlativo de constancia de registro Exonerados:  
N° Identificativo del registro de la SAG:

CONTADO  CREDITO

**CANCELADO**  
Firma: *[Signature]*

La factura es beneficiaria de Todos. Ej: I: I: I:

Descuento Otorgado L.	
Rebajas Otorgadas L.	
Sub Total L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	
Importe Gravado 18% L.	
Tasa Allicuota L.	
15% I.S.V. L.	
18% I.S.V. L.	
Importe Exonerado L.	
Total a Pagar L.	108 <sup>00</sup>

Cantidad en Letras: Ciento ocho tempiros exactos

Rango Otorgado: 000-001-01-00003501 al 000-001-01-00004100 / Original: Cliente / Copia: Obligado tributario emisor  
Fecha Límite de Emisión: 11/01/2024

**FACTURA N° 000-001-01-00 N° 004018**





Municipalidad de Santa María, La Paz

Email: [munisantamaria@yahoo.com](mailto:munisantamaria@yahoo.com)

[lapaz.santamaria@municipalidad.info](mailto:lapaz.santamaria@municipalidad.info)

Tel. 9865-2258

### Caja Chica

Desembolso: N° 09-2023 Valor del Cheque: Lps. 9,629.00

Disponible en caja Lps. 371.00 Total disponible Lps. 10,000.00

Cheque N° 00003045 Fecha de emisión cheque: 1 de noviembre 2023

Departamento de Tesorería

Programa	Actividad	Objeto del gasto	Fondo	Fecha	Descripción	Valor en lempiras
03	02	39100	11		Elemento de Limpieza y aseo personal	L. 1605.00
				08-11-2023	Pago de factura por compra de 1 galón de cloro, 1 galón de desinfectante, 2 mechas de trapeador para basura Para uso interno de la municipalidad.	L. 283.00
				15-11-2023	Pago de factura por la compra de 5 paquetes de papel de baño, 3 rollos de bolsa de barril para uso interno de la municipalidad.	L. 470.00
				27-11-2023	Pago de factura por compra de 2 galones de desinfectante, 2 galones de cloro, 2 botes de aromatizantes, 2 bolsas de detergente para uso interno de la municipalidad.	L. 718.00
				30-11-2023	Pago de factura por compra de 2 paquetes de papel de baño, para uso interno	L. 134.00



Municipalidad de Santa María, La Paz

Email: [munisantamaria@yahoo.com](mailto:munisantamaria@yahoo.com)

[lapaz.santamaria@municipalidad.info](mailto:lapaz.santamaria@municipalidad.info)

Tel. 9865-2258

### Caja Chica

Desembolso: N° 09-2023 Valor del Cheque: Lps. 9,629.00

Disponible en caja Lps. 371.00 Total disponible Lps. 10,000.00

Cheque N° 00003045 Fecha de emisión cheque: 1 de noviembre 2023

Departamento de Tesorería

					de la	
					municipalidad.	

Autorizado Por:



Alcalde Municipal

Responsable:



Secretaria Municipal

# COMERCIAL H.H

Prop. Francisco Hernandez

Cel. 9628-0117 / R.T.N. 12171973001434

CAI:649E13-B37781-C2448D-D7E508-B75161-41

E-mail: francisco comercial.hh@gmail.com

Santa María, La Paz

DÍA	MES	AÑO
08	11	2023

Cliente: Municipalidad

R.T.N. 12174003434704 Dirección: Santa María

Imprenta Y Graficos Independencia, Bo. Alayo. Escrito a las Oficinas de FEH, Comarcas / R.T.N. 03031577003250 / CERTIFICADO SAR N° 0231.22.30500.54

CANT.	DESCRIPCIÓN	PREC. UNIT.	Descuentos y Rebajas Otorgados L.	TOTAL LPS.
1	Zalen claro	78		78
1	Zalen limprox	125		125
2	Mechas Trapedor	40		80

DATOS DEL CLIENTE EXONERADO  
 N° Correlativo de orden de compra exenta:  
 N° Correlativo de constancia de registro Exonerados:  
 N° Identificativo del registro de la SAG:

CONTADO  CREDITO   
**COMERCIAL H.H.**  
**CANCELADO**  
 SANTA MARÍA LA PAZ  
 Francisco Hernandez  
 Firma

La factura es beneficiaria de Todos los Exentados

Descuento Otorgado L.	
Rebajas Otorgadas L.	
Sub Total L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	
Importe Gravado 18% L.	
Tasa Alícuota L.	
15% I.S.V. L.	
18% I.S.V. L.	
Importe Exonerado L.	
Total a Pagar L.	283

Cantidad en Letras: Docientos ochenta y tres  
lempiras

Rango Otorgado: 000-001-01-00003501 al 000-001-01-00004100 / Original: Cliente / Copia: Obligado tributario emisor  
 Fecha Límite de Emisión: 11/01/2024

**FACTURA N° 000-001-01-00** **N° 004004**





**COMERCIAL H.M.**

ESTABLECIMIENTO DE CREDITO FINANCIERO S.A. (E.C.F.)  
 C.A. 2817953134  
 R.C. 2817953134  
 R.O.C. 2817953134  
 R.O.C. 2817953134  
 R.O.C. 2817953134

Monvalde  
 C.A. 2817953134  
 Fecha: 11/01/2024

CANT.	DESCRIPCION	PREC. UNIT.	TOTAL PRE.
2	cajas liquidas	125	250
2	cajas clara	75	150
2	cajas	62	124
2	Balaca Andes 9009	88	176

DATOS DEL CLIENTE EXIBIDO  
 N° Cuentas de orden de compra emitido:  
 N° Cuentas de constancia de registro Esmeraldas:  
 N° Identificativa del registro de la SAG:

CONTADO  CREDITO

**CANCELADO**  
 Firma: *[Signature]*

Documento Mercadería I	
Documento Mercadería II	
Sub Total I	
Impuesto Esmeraldas I	
Impuesto Esmeraldas 10% I	
Impuesto Esmeraldas 10% I	
Impuesto Esmeraldas I	
10% I.S.V. I	
10% I.S.V. I	
Impuesto Esmeraldas I	
Total a Pagar I	718

Cantidad en Letras *Setecientos dieciocho pesos*

Rango Obligado: 000 001 01 00001001 000 001 01 0000100 / Original Cliente / Copia Original Emitido al Cliente  
 Fecha Límite de Emisión: 11/01/2024

**FACTURA N° 000-001-01-00 N° 104027**









Municipalidad de Santa María, La Paz

Email: [munisantamaria@yahoo.com](mailto:munisantamaria@yahoo.com)

[lapazsantamaria@municipalidad.info](mailto:lapazsantamaria@municipalidad.info)

Tel. 9865 2258

### Caja Chica

Desembolso: N° 09-2023 Valor del Cheque: Lps. 9,629.00


Disponible en caja Lps. 371.00 Total disponible Lps. 10,000.00

Cheque N° 00003045 Fecha de emisión cheque: 1 de noviembre 2023

Departamento de Tesorería

Programa	Actividad	Objeto del gasto	Fondo	Fecha	Descripción	Valor en lempiras
03	02	35800	11		Productos de Material Plásticos	L. 550.00
				21-11-2023	Pago de factura por la compra de 1 caja de vaso #6 de fom, para uso interno de la municipalidad.	L. 550.00

Autorizado Por:

  
Alcalde Municipal

Responsable:

  
Secretaria Municipal





Municipalidad de Santa María, La Paz

Email: [munisantamaria@yahoo.com](mailto:munisantamaria@yahoo.com)

[lapazsantamaria@municipalidad.info](mailto:lapazsantamaria@municipalidad.info)

Tel. 9865-2258

### Caja Chica

Desembolso: N° 09-2023 Valor del Cheque: Lps. 9,629.00

Disponibile en caja Lps. 371.00 Total disponible Lps. 10,000.00

Cheque N° 00003045 Fecha de emisión cheque: 1 de noviembre 2023

Departamento de Tesorería

Programa	Actividad	Objeto del gasto	Fondo	Fecha	Descripción	Valor en lempiras
03	002	36930	11		Elementos de Ferreteria	L. 315.00
				10-112023	Pago de factura por compra de 1 metro marca Stanley de 8 mts, para uso del departamento de desarrollo comunitario.	L. 315.00

Autorizado Por:



Alcalde Municipal

Responsable:



Secretaria Municipal



# COMERCIAL H.H

Prop. Francisco Hernandez

Cel. 9628-0117 / R.T.N. 12171973001434

CAI: 649E13-B37781-C2448D-D7E508-B75161-41

E-mail: francisco comercial.hh@gmail.com

Santa María, La Paz

DÍA	MES	AÑO
10	11	23

Cliente: Municipalidad

R.T.N. 72179003434704

Dirección: Santa María

CANT.	DESCRIPCIÓN	PREC. UNIT.	Descuentos y Rebajas Otorgados L.	TOTAL LPS.
1	Metro Stanley 8M	315 =		315 =

DATOS DEL CLIENTE EXONERADO  
 N° Correlativo de orden de compra exenta:  
 N° Correlativo de constancia de registro Exonerados:  
 N° Identificativo del registro de la SAG:

CONTADO  CREDITO



La Factura es beneficiaria de Todos los Exentos

Descuento Otorgado L.	
Rebajas Otorgadas L.	
Sub Total L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	
Importe Gravado 18% L.	
Tasa Alícuota L.	
15% I.S.V. L.	
18% I.S.V. L.	
Importe Exonerado L.	
Total a Pagar L.	315 =

Cantidad en Letras Trecientos quince lempiras exactos

Rango Otorgado: 000-001-01-00003501 al 000-001-01-00004100 / Original: Cliente / Copia: Obligado tributario emisor  
 Fecha Límite de Emisión: 11/01/2024

**FACTURA N° 000-001-01-00 N° 004011**

## INFORME

10/11/2023

Recibí de secretaria municipal una cinta métrica de 8 metros de largo, con el fin de hacer uso para medidas que se realizan en diferentes actividades que solicitan las comunidades en el municipio, como ser solicitudes de ayudas de materiales en viviendas, otros edificios comunitarios, también evaluaciones de daños y análisis de necesidades (EDAN) ocasionados por eventos naturales.

## FOTOS



  
Unidad de Desarrollo Social

SEALDIA MUNICIPAL  
DESARROLLO SOCIAL  
TEL: 4000 2050



Municipalidad de Santa María, La Paz

E.mail: [munisantamaria@yahoo.com](mailto:munisantamaria@yahoo.com)

[lapazsantamaria@municipalidad.info](mailto:lapazsantamaria@municipalidad.info)

Tel. 9865-2258

### Caja Chica

Desembolso: N° 09-2023 Valor del Cheque: Lps. 9,629.00

Disponible en caja Lps. 371.00 Total disponible Lps. 10,000.00

Cheque N° 00003045 Fecha de emisión cheque: 1 de noviembre 2023

Departamento de Tesorería

Programa	Actividad	Objeto de gasto	Fondo	Fecha	Descripción	Valor en lempiras
04	009	51220	11		<b>Ayuda social a personas</b>	L. 3,500.00
				16-11-2023	Ayuda social al señor <b>Luis Beltran Vásquez</b> identidad N° 1217195100086, para que asista al hospital Enrique Aguilar de la ciudad de la Esperanza Intibucá, para que realicen cirugía médica,	L. 800.00
				20-11-2023	Ayuda social a la señora <b>María Vianney Nicolas Hernandez</b> identidad N° 1217198100437, para que lleve a cita médica al hospital universitario de la ciudad de Tegucigalpa, especialidades oftalmología a su hija <b>Jelen Andrea Nicolas Nicolas</b> identidad N° 1217201700290,	L. 800.00
				23-11-2023	Ayuda social a la señora <b>Dorila Benites Nicolas</b> identidad N° 1217198800248, para que movilice a su hijo <b>Jaime Neptaly Benites Nicolas</b> identidad N° 1217201600051, al hospital Roberto Suazo Córdoba de la ciudad de LA Paz, ya que fue diagnosticado con dengue.	L. 600.00
				27-11-2023	Ayuda social a la señora <b>Esperanza Lorenzo</b> , identidad N° 1217197900064, para que lleve a cita médica a su hijo <b>Yefri Joel Gonzales Lorenzo</b> identidad N° 1217201400044, al hospital Maria de la ciudad de Tegucigalpa.	L. 700.00





Municipalidad de Santa María, La Paz

Email: [munisantamaria@yahoo.com](mailto:munisantamaria@yahoo.com)

[lapaz.santamaria@municipalidad.info](mailto:lapaz.santamaria@municipalidad.info)

Tel. 9865-2258

### Caja Chica

Desembolso: N° 09-2023 Valor del Cheque: Lps. 9,629.00

Disponible en caja Lps. 371.00 Total disponible Lps. 10,000.00

Cheque N° 00003045 Fecha de emisión cheque: 1 de noviembre 2023

Departamento de Tesorería

				29-11-2023	Ayuda social a la señora María Cristina Vásquez Nicolas identidad N° 1217198100454, para que pueda comprar medicamentos.	L. 600.00
--	--	--	--	------------	--	-----------

Autorizado Por:



Alcalde Municipal

Responsable:



Secretaria Municipal

Recibo por Lps. 800.00

Recibi de: Municipalidad Santa María, La Paz

La Cantidad de: ochocientos lempiras exactos

Por concepto de: Ayuda social para que pueda ir al hospital a realizar operación el señor Luis Beltran Vasquez identidad N° 1217195100086

Santa María, La Paz jueves, 16 de noviembre de 2023.

Nombre del que recibe: Luis Beltran Vasquez

Firma del que recibe: \_\_\_\_\_

Identidad: 1217195100086

Cel.: 97142121

800.00

SOLICITUD

Señores Miembros de la Corporación Municipal.

Lugar: Santa Maria, la Paz

Fecha: 16 de Noviembre año 2023

Por medio de la presente: Luis Beltran Vasquez

Con número de D.I.N.: 1217-1951-00096

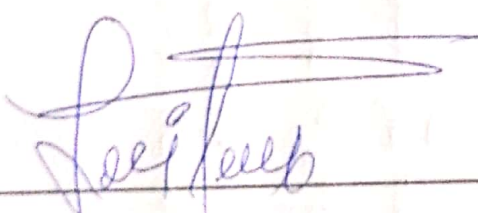
Me dirijo a la corporación municipal en pleno, saludándoles y deseándoles éxitos en sus funciones, al mismo tiempo les solicito me puedan ayudar con:

ayuda economica

Para una operacion abdominal

Ya que soy una persona de escasos recursos económicos esperando tomen en cuenta mi petición.

De antemano gracias.

Atentamente: 







Secretaría de Estado en el Despacho de Salud  
Región Sanitaria Departamental La Paz

Referencia 7  
Respuesta 0

Primer Apellido: <b>Vasquez</b>	Segundo Apellido: <b>Aguiar</b>	Referencia y Respuesta	
Nº de expediente: <b>Imp. 257</b>	Nº de Inicial: <b>1213</b>	Nombre (s): <b>Luis Gabriel</b>	Edad: <b>72 años</b>
Dirección: <b>Casillas Santa Maria</b>	Municipio: <b>La Paz</b>	Identificación: <b>1213 1951 000616</b>	Fecha: <b>17/11/2013</b>
Convención Establecimiento: <b>NT</b>	Nombre del Establecimiento que atiende: <b>Dña Maria</b>	Institución: <b>La Paz</b>	Atención: <b>121</b>
Sexo: <b>M</b>	Estado Civil: <b>C</b>	Profesión: <b>Empleado</b>	Reservación: <b>0</b>
Diagnóstico: <b>Prostitución</b>	Tratamiento: <b>X</b>	Seguimiento: <b>0</b>	Reevaluación: <b>0</b>
<b>Resumen de datos clínicos:</b> Se trata de paciente de 72 años con APP ingenuidad protuberante por lo que para exponer inicialmente para que partiera a la operación prueba de nueva identidad para evitar por lo que recién nuevamente uso de sobre por todo lo anteriormente se envió para seguir en Hospitalidad en unidad de atención y cambio del paciente			
<b>Estados Vitales y Antropométricos:</b> Talla: <b>1.54</b>   Peso: <b>70.7</b>   Frecuencia cardíaca: <b>98</b>   Tª: <b>36.7</b> FR: <b>16</b>   FC: <b>98</b>   Tª: <b>36.7</b>   Pres: <b>110/70</b>   Talla: <b>1.54</b> APOB: <b>100</b>   Hb: <b>14</b>   HbA1c: <b>5.7</b>   HEP: <b>B</b>			
<b>Cabeza:</b> <b>conocer cara simétrica</b> <b>ORL:</b> <b>Normal</b> <b>Ojos:</b> <b>Simétrica Hidrotas normal</b> <b>Oídos:</b> <b>NO Auscultado Pulso normal</b> <b>Tórax:</b> <b>pulmones virtuales Pda normal</b> <b>Abdomen:</b> <b>Blanco dependiente, intestino opaco, Sordosuprapúbica</b> <b>Genitales:</b> <b>Normal</b> <b>Extremidades:</b> <b>simétricas no edema</b> <b>Neurológico:</b> <b>todo consciente</b>			
<b>Resultados de exámenes complementarios:</b> Ninguno			
<b>Impresión Diagnóstica:</b> Pte de 72 años de edad / Hipertensión protuberante			
<b>Tratamiento Aplicado:</b> - Sonda Foley - Regeneración opoltra			
<b>Resultados de exámenes complementarios:</b> Bacteriología y microbiología Especialista			
<b>Condición en la que envía el paciente:</b> Estable <input checked="" type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/>			
<b>Referido/Respuesta a:</b> <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> OGIS <input checked="" type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> OZPP <input type="checkbox"/> Materno Infantil		<b>Atiende atención en:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización	
<b>Nombre del Establecimiento al que se refiere o responderá:</b> <b>Enfermería Hospital Central</b>		<b>Fecha y hora de la elaboración de la referencia/respuesta:</b> Día: <b>16</b> Mes: <b>11</b> Año: <b>2013</b> Hora: <b>11:09 AM</b>	
<b>Referencia/Respuesta elaborada por:</b> <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista <input checked="" type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería		<b>Nombre, firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta:</b> <b>Dña. María</b>	
<b>Día al Servicio de:</b> Día: Mes: Año: Hora:		<b>Fecha y hora de recepción de la referencia o respuesta:</b> Día: Mes: Año: Hora:	





Salud  
Gobierno de la República

Fecha: 16, Noviembre, 2013 Código de E.S.: 2127  
Nombre del Establecimiento de Salud: VAPS / Santa María  
Municipio: Santa María Red: Unif

REFERENCIA/RESPUESTA A:

ESTABLECIMIENTO:	<u>Hosp. Enrique Aguiló, C.</u>
AL SERVICIO DE:	<u>Consult. Oct. cirugía</u>
DIRECCION:	<u>La Esperanza</u>
PARA:	<input type="radio"/> DIAGNOSTICO <input type="radio"/> TRATAMIENTO <input checked="" type="radio"/> SEGUIMIENTO <input type="radio"/> REHABILITACIÓN



¡IMPORTANTE!  
LEA ESTO

ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACION  
INDISPENSABLE PARA LA SALUD

IMPORTANTE QUE SE CUMPLAN BIEN LAS  
INDICACIONES QUE LE DIERON

PRESENTARSE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
INMEDIATAMENTE O COMO LE INDICARON



Recibo por Lps. 800.00

Recibi de: Municipalidad Santa María, La Paz

La Cantidad de: ochocientos lempiras exactos

Por concepto de: Ayuda social para que pueda asistir a cita médica al hospital Escuela universitario, especialidades oftalmología a su hija Jelen Andrea Nicolas Nicolas,

Santa María, La Paz jueves, 20 de noviembre de 2023.

Nombre del que recibe: María Vianney Nicolas Hernandez

Firma del que recibe: María Nicolas Hernandez

Identidad: 1217198100437

Cel.: 96858815

10 octubre del 23

Solicitud

Señor Alcalde Municipal

Gabino Argueta saludándole  
Respetuosamente a usted  
hí compañeros de trabajo  
la razón que me motiva a  
embíarle esta solicitud es  
porque necesito una ayuda  
económica ya que tengo una  
niña que por motivos de salud  
desde su nacimiento está siendo  
tratada en el hospital escuela  
en la especialidad de oftalmología  
hí la cita de ella era el 3 de  
octubre hí por motivos económicos no  
pudimos ir a verla pero con la  
ayuda de otras personas logré  
que me la renobaran otra vez ✓  
pero lo que más me preocupa es que  
a la niña le mandan hacer un examen  
fuera del hospital es porque ella  
necesita lentes graduados porque  
ella en la escuela está presentando  
problemas de la visión es por eso  
que ella necesita esos exámenes  
para la graduación de los lentes  
que le van a recetar ayúdeme  
por favor soy una madre desesperada  
por la salud de mi niña Jelen Andre  
Gracias de ante mano les agradezco  
firmo la presente  
Maria Vianney Nicolas Hernandez **VIVA**



HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO  
CITA MEDICA

---

**IDENTIDAD:**  
1217201700290  
**NOMBRE DEL PACIENTE:**  
JELEN ANDREA NICOLAS NICOLAS  
**ESPECIALIDAD**  
OFTALMOLOGIA  
**NOMBRE DEL MEDICO**  
DRA. GERALDINA AMADOR  
**FECHA DE LA CITA**  
LUNES 27 | NOVIEMBRE | 2023  
**HORA DE LA CITA**  
06:00:00 AM  
**TIPO DE CITA**  
SEGUIMIENTO NORMAL

---

**FAVOR ASISTIR UNA HORA ANTES**  
**ADULTOS ENTRADA PORTON NUMERO 3**  
**PEDIATRIA ENTRADA PORTON NUMERO 5**  
U Impresion: 249 09-10-2023 08:27:27 AM  
U Creacion: 249 09-10-2023 08:19:03 AM  
Numero HIS: 1535804



CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES  
 El suscrito, HACE CONSTAR, que el contribuyente  
Maria Vianney Nicolas 4  
 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 6 del Dec. Ley. No. 10 del 8 de  
 septiembre de 1986, en perjuicio del Impuesto adicional  
 que pueda resultar del examen de sus declaraciones

Nº 067913

Santa Maria La Paz  
 Lugar y Fecha 24 04 2023

31/12/2023.

VALIDO HASTA: \_\_\_\_\_

*[Firma]*  
 Firma y Sello Alcaldía

EMPRESA NACIONAL DE ARTES GRAFICAS

Municipalidad de Santa Maria, La Paz

Comprobante de Pago Impuesto Personal

RTN: 12179003434704

No. Recibo: 116143

Fecha Recibo: 25/4/2023

Nombre: MARIA VIANNEY NICOLAS HERNANDEZ

Identidad: 1217198100437

Detalle: pago de impuestos

Dirección: LAS FAVAS SANTA MARIA LA PAZ

Cuenta	Descripción	Cantidad	Sub Total
11111101	Impuesto Personal	1.00	20.00
11111012	Limpieza de Cementerio	1.00	10.00
1111190316	Tasa Ambiental	1.00	10.00
Total:			40.00

Factura(s) que cancela este recibo, (Mes-Año)

189923(Mayo-2023), 189924(Abril-2023)

Ongrok Contribuyente  
 Copia Contribuidor  
 Copia Tesorero



*[Firma]*  
 Firma y Sello Tesorero

Copias  
 Factura, rorans







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 112111-2317-10290 ubicada en el folio 094 del tomo 00127

Número de Identidad

del Año 2017 y que pertenece a:

a) NICOLAS Primer Apellido b) NICOLAS Segundo Apellido  
c) JELÉN ANDREA Nombre SEXO F  M

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) DISTRITO CENTRAL Municipio b) FRANCISCO MORAZÁN Departamento c) HONDURAS País  
d) SEIS Día e) NOVIEMBRE Mes f) 2017 Año

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

*N. Identidad: 1217-1977-00105*

a) NICOLAS Primer Apellido b) MARQUEZ Segundo Apellido  
c) CATALINO Nombre d) HONDUREÑA Nacionalidad

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

*N. Identidad: 1217-1981-00437*

a) NICOLAS Primer Apellido b) HERNANDEZ Segundo Apellido  
c) MARIA VIANNEY Nombre d) HONDUREÑA Nacionalidad

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

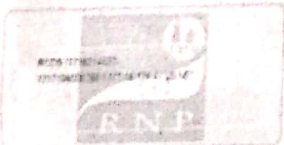
Extendida en SANTA MARIA Municipio LA PAZ Departamento

a los: DOCE día del mes de DICIEMBRE

del DOS MIL DIECISIETE

*C. H. T.*  
12 17  
17

FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL









HISTORIA N°

1217198100437

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

RN Maria Vianney Nicolas

EDAD	SEXO	
4 años	M	<input checked="" type="checkbox"/>

ESTUDIOS ANTERIORES  
SI NO

SERVICIO SALA

CAMA

FECHA

SOLICITUD

RN Intermedios

10/11/17

DATOS CLINICOS:

RN de 4 años que presenta dificultad respiratoria con SA de 2 y que se le palpa onfalocisis por lo que se solicita RX toracoabdominal

EXAMEN SOLICITADO:

RX toracoabdominal Portatil

NOMBRE: MEDICO RESIDENTE O ESPECIALISTA

N° CODIGO FIRMA MED.

SOLICITUD RECIBIDA:

CITADO PARA:

PACIENTE EXAMINADO

INFORME

FECHA Y HORA DEL INFORME

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

RAYOS "X"



Helen Nicolas

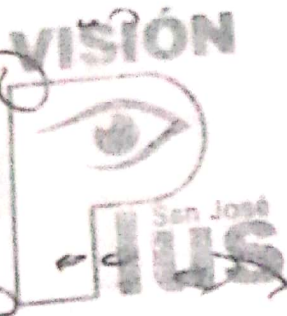
Aro y lente

Transition

Lente flexible

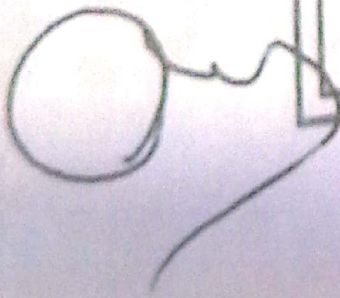
4950

Soc. Examen



VISION  
San José  
PLUS

Colonia Alameda a la par  
de Banco Davivienda  
Edificio Gómez Zúñiga  
Local #105  
Tel. (504) 2243 3039  
Tegucigalpa M.D.C.  
Honduras C.A.





Recibo por Lps. 600.00

Recibí de: Municipalidad Santa María, La Paz

La Cantidad de: seiscientos lempiras exactos

Por concepto de: Ayuda social para que pueda llevar a su hijo Jaime Neptaly Benítez Nicolas identidad N° 1217201600051, al hospital Roberto Suazo Córdoba de la ciudad de La Paz, ya que fue diagnosticado con dengue.

Santa María, La Paz jueves, 23 de noviembre de 2023.

Nombre del que recibe: Dorila Benítez Nicolas

Firma del que recibe: Dorila Benítez Nicolas

Identidad: 1217198800248

Cel.: 94478847

## SOLICITUD

Señores Miembros de la Corporación Municipal

Lugar: Pueblo Viejo Santa María, La Paz

Fecha: 23 de Noviembre año 2023.

Por medio de la presente Dorila Benitez Nicolas

Con numero de identidad 1217-1988-00248

Y solvencia municipal 067650

Me estoy dirigiendo a la corporación municipal en pleno, saludándoles y deseándoles éxitos en sus funciones, al mismo tiempo les estoy solicitando me puedan apoyar con una ayuda de:

Económica.

Para: Para Moviliza. a mi hijo al hospital de La Paz.

Ya que soy una persona de escasos recursos económicos esperando tomen en cuenta mi petición.

De antemano gracias.

Cel: 9447-8847

Atentamente Dorila Benitez Nicolas







Referencia Y Respuesta

Primer Apellido: <b>Berita</b>	Segundo Apellido: <b>Nicola</b>	Nombre(s): <b>Jaime neptuly Berita</b>	Sexo: <b>H</b> M <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
Nº de expediente: <b>50</b>	Nº de Identidad: <b>107-2012-00051</b>	Edad: <b>36</b>	
Dirección: <b>Colonia: Pueblo Viejo</b>	Ciudad: <b>Pueblo Viejo</b>	Municipio: <b>San Mateo</b>	Departamento: <b>La Paz</b>
Correo Electrónico:	Aspiración:	Parentesco: <b>Madre</b>	Dirección Telefónica: <b>Pueblo Viejo / La Paz</b>
Nombre del Establecimiento que remitirá / responde: <b>UAB San Mateo</b>	Red: <b>La Paz</b>	Institución: <b>SESAI</b> Privado <input type="checkbox"/> IHSS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONGO <input type="checkbox"/>	Establecimiento que refiere: <b>UAPS</b> <input checked="" type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Específico: <input type="checkbox"/>
Motivo del envío: <b>Diagnóstico</b> <input checked="" type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento: <input type="checkbox"/> Rehabilitación: <input type="checkbox"/>		Gestor: <b>Centralizado</b> <input checked="" type="checkbox"/> Descentralizado <input type="checkbox"/>	
Signos y Síntomas principales: <b>Fiebre + Vómitos persistentes</b>			
Resumen de datos clínicos: <b>Escalar aguda con historia de 1 día de evolución de fiebre no sustentada. Subjectivamente asociada con molestias abdominales, con ese del poco febril pero inicio de vómitos de contenido alimentario durante todo el día intolerancia al vómito oral, refiere cefalea intensa con dolor retroocular, mialgias y cefaleya generalizada, el paciente hoy un cuadro oral dehidratado, con lengua cap de 22cm no pliegue cubano, ojos levemente hundidos, pupilas fijas y pupilares; se refiere para examen abdominal.</b>			
Signos Vitales y Antropométricos	PA: <b>114</b> FC: <b>114</b> PULSO: <b>114</b>	Hemoglobina: <b>13.5</b> G: <b>HV</b>	P: <b>HM</b> C: <b>O</b> A: <b>O</b>
	FR: <b>20</b> Tº: <b>37.7</b> PESO: <b>224</b>	Talla: <b>1.54</b> SATO2: <b>95</b>	
Reactividad	FR: <b>FC</b> Tº: <b>Peso:</b>	Talla: <b>Quisquán Actual</b>	FUM <b>FPP SG</b> <b>AU FCF AFU</b>
APGAR 1er: <b>5</b>	2do: <b>5</b>	BGC: <b>HEP B:</b>	
Cabeza: <b>Normocefalia, no tumefacción.</b>			
ORL: <b>Mucosa oral deshidratada y parches con labios escarlatinos, fange no hiperémico.</b>			
Ojos: <b>Simétricos con reflejo pupilar, fondo de ojo normal.</b>			
Oído: <b>Simétrico móvil no auscultados palpables.</b>			
Tórax: <b>Auscultación respiratoria normal, no rales ni crepitantes, hiperinflación.</b>			
Abdomen: <b>Blanco deprimido, no doloroso ni dolor localizado postural.</b>			
Genitales: <b>Normales.</b>			
Extremidades: <b>Simétricas, móviles, no edema, pulso plano, hema espalmo.</b>			
Neurológico: <b>Activo reactivos, lucido consciente y orientado a tiempo y lugar.</b>			Evaluación de Riesgo
Resultados de exámenes complementarios: <b>PN</b>			Con Riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Sin Riesgo <input type="checkbox"/>
Impresión Diagnóstica: <b>Dic Dengue con signos de alarma (vómitos persistentes) con DAT del SI.</b>			
Tratamiento Aplicado: <b>Acetamin 30mg/kg STAT. (carga) - SRO a libre demanda 5 litros.</b>			
Recomendaciones / Observaciones: <b>Evaluación por medicina pediátrica DIC Abdominal.</b>			
Condiciones en la que envía el paciente: Estable <input checked="" type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/>			
Referencia/Respuesta: <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> ZPP <input type="checkbox"/> Materno Infantil		Amonición atención en: <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización	
Otro/Especificar: <b>Hospital</b>		Otros, especifique:	
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde: <b>HRSX</b>		Fecha y hora de elaboración de la referencia y respuesta: <b>3</b> Mes: <b>11</b> Año: <b>2023</b> Hora: <b>9:30</b>	
Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Especificar:		Nombre y cargo de la persona contactada:	
Referencia/Respuesta Elaborada por: <input checked="" type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería		Nombre, firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta:	
Otro, especificar:			
Día al Servicio de: <b>3</b> Día: <b>11</b> Mes: <b>11</b> Año: <b>2023</b> Hora: <b>9:30</b>		Fecha y hora de recibida de la referencia o respuesta: <b>3</b> Día: <b>11</b> Mes: <b>11</b> Año: <b>2023</b> Hora: <b>9:30</b>	
<p>Nota: Siempre se debe llenar esta ficha en el establecimiento de origen que remite la referencia.</p> <p>Impreso: <b>HC-10</b></p>			



Salud  
Ministerio de la Salud

Fecha: 03 / 11 / 03 Código de E.S.: 0107  
Nombre del Establecimiento de Salud: UAPS Santa Mena  
Municipio: Santa Mena Red: La Paz

REFERENCIA/RESPUESTA A:

ESTABLECIMIENTO: Hospital Roberto Soto Cordova  
AL SERVICIO DE: Pediatría (Emergencia)  
DIRECCION: La Paz, La Paz  
PARA:  DIAGNOSTICO  TRATAMIENTO  SEGUIMIENTO  REHABILITACIÓN

¡IMPORTANTE!

LEA ESTO

ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACION

INDISPENSABLE PARA LA SALUD

IMPORTANTE QUE SE CUMPLAN BIEN LAS

INDICACIONES QUE LE DIERON

PRESENTARSE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

INMEDIATAMENTE O COMO LE INDICARON



Recibí de: Municipalidad Santa María, La Paz

La Cantidad de: setecientos lempiras exactos



REPÚBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

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

 ubicada en el folio 027 del tomo 00120 del Año 2016 y que pertenece a:

a) BENITEZ Primer Apellido b) NICOLAS Segundo Apellido  
SEXO F  M   
c) JAIME NEPTALY Nombre

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) SANTA MARÍA Municipio b) LA PAZ Departamento c) HONDURAS País  
d) TREINTA Día e) MARZO Mes f) 2015 Año

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

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

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

a) BENITEZ Primer Apellido b) NICOLAS Segundo Apellido  
c) DORILA Nombre d) HONDUREÑA Nacionalidad  
*N. Identidad: 1217-1988-00248*

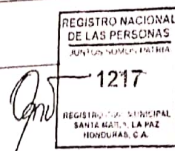
4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en SANTA MARÍA Municipio LA PAZ Departamento

a los: VEINTITRES días del mes de NOVIEMBRE

del DOS MIL VEINTITRES



FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL



Recibo por Lps. 700.00

Recibí de: Municipalidad Santa María, La Paz

La Cantidad de: setecientos lempiras exactos

Por concepto de: Ayuda social para que pueda llevar a su Yefri Joel Gonzales Lorenzo identidad N° 1217201400044 al hospital María de la Ciudad de Tegucigalpa

Santa María, La Paz, 27 de noviembre de 2023.

Nombre del que recibe: Esperanza Lorenzo

Firma del que recibe: ESPERANZA LORENZO NOLAZO

Identidad: 1217197900064

# Solicitud.

Planitos Santa Maria, 16-10-2023

Señor Alcalde Municipal y Corporación  
Presente.

Deceandole éxito en sus labores Diarias.

Por medio de la presente me dirijo a ustedes  
muy respetuosamente, para solicitarle una  
Ayuda económica ya que mi hijo Yefri  
Joel González Lorenzo Tiene citas en  
el Hospital Maria para ser evaluado por  
especialista y también necesita Medicamentos  
de altos costos, adjunto Documentos que  
Me dieron en el Hospital

Se le Agradece desde antemano.

Atentamente:

Esperanza Lorenzo Nolasco.  
Id= 1217-1979-00064.







CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

El infrascrito Registrador Civil Municipal C E R T I F I C A que en el Archivo de nacimientos que se tiene en esta oficina, se encuentra el acta de nacimiento número 

1	2	1	7	-	2	0	1	4	-	0	0	0	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el libro 045 del tomo 00106 del Año 2014, y que pertenece a

a) GONZALES *Primer Apellido* b) LORENZO *Segundo Apellido*  
c) YEFRY JOEL *Nombre* SEXO  M  F

y cuya información es la siguiente

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) LA PAZ *Municipio* b) LA PAZ *Departamento* c) HONDURAS *País*  
d) Diecinueve *Día* e) DICIEMBRE *Mes* f) 2013 *Año*

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

N. Identidad: 1217-1971-00172

a) GONZALES *Primer Apellido* b) CARRILLO *Segundo Apellido*  
c) DOMINGO *Nombre* d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

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

N. Identidad: 1217-1979-00064

a) LORENZO *Primer Apellido* b) NOLASCO *Segundo Apellido*  
c) ESPERANZA *Nombre* d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en SANTA MARIA *Municipio* LA PAZ *Departamento*

a los: VEINTE días del mes de OCTUBRE

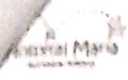
del DOS MIL VEINTITRES

*C. H. T.*  
REGISTRARÍA NACIONAL DE LAS PERSONAS  
12 OCT 17  
MUNICIPIO DE SANTA MARIA  
HONDURAS

FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL







HOSPITAL MARÍA ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

FARMACIA DE CONSULTA EXTERNA

BOLETA DE RECLAMO DE MEDICAMENTOS DE SEGUNDA ENTREGA



PACIENTE:	Yefry Joel Gonzales Lorenzo
FECHA PRÓXIMA VISITA:	30 - NOV - 2023
ENTREGAS PENDIENTES:	Dermatología
# RECETA:	1217 - 2014 - 00044

DOCUMENTO FARMACIA CONSULTA EXTERNA

HOSPITAL MARÍA ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS  
 DGR/D-ADIC/N-020/V-001  
 PRÓXIMA CITA  
 5 meses Días  
 Semanas  
 Meses  
 Especialidad  
 Médico

HOSPITAL MARÍA ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS  
 DGR/D-ADIC/N-020/V-001  
 PRÓXIMA CITA  
 Días  
 Semanas  
 3 meses Meses  
 Dermatología Especialidad  
 D. Salgado Médico

# Hospital María

## Comprobante de Cita Médica

Fecha y hora a presentarse a HMEP:  
 martes, 30 a las 7:00 a.m.  
 de enero de 2024  
 Especialidad: DERMATOLOGIA  
 Médico: Christian Marcial Salgado Flores  
 Expediente: 1217201400044  
 Nombre: YEFRY JOEL GONZALES LORENZO

**Nota:** Recordar confirmar su cita dos días antes de lo contrario perderá su cupo para la fecha indicada.  
 Para confirmar su cita llamar al 2236-0910 o 2236-0911 o PED: 2236-0900 o via WhatsApp 32360910

Código electrónico: [gestionci13@hospitallmaria.org](http://gestionci13@hospitallmaria.org)  
 Cita registrada por: CEBARAFONA  
 Fecha y hora impresión ticket: 31/8/2023 10:00

# Hospital María

## Comprobante de Cita Médica

Fecha y hora a presentarse a HMEP:  
 martes, 30 a las 7:00 a.m.  
 de enero de 2024  
 Especialidad: DERMATOLOGIA  
 Médico: Christian Marcial Salgado Flores  
 Expediente: 1217201400044  
 Nombre: YEFRY JOEL GONZALES LORENZO

**Nota:** Recordar confirmar su cita dos días antes de lo contrario perderá su cupo para la fecha indicada.  
 Para confirmar su cita llamar al 2236-0910 o 2236-0911 o PED: 2236-0900 o via WhatsApp 32360910

Código electrónico: [gestionci13@hospitallmaria.org](http://gestionci13@hospitallmaria.org)  
 Cita registrada por: CEBARAFONA  
 Fecha y hora impresión ticket: 31/8/2023 10:00



HOSPITAL MARÍA  
 ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS  
 DORADO ANCH 4250/V-001  
 PRÓXIMA CITA

\_\_\_\_\_  
 Días

\_\_\_\_\_  
 2 Semanas

\_\_\_\_\_  
 1 Meses

\_\_\_\_\_  
 Especialidad

\_\_\_\_\_  
 Médico

DR. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CONSULTA EXTERNA: OFTALMOLOGIA

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

CITA \_\_\_\_\_

HOSPITAL SAN FELIPE Y ASILO DE INVALIDOS

# Hospital Maria

## Comprobante de Cita Medica

Fecha y hora a presentarse a HMEP:

Martes 7 a las 7:00 a.m

de octubre

de 2023

Especialidad: OTOLOGIA

Médico: ADOLFO MARTIN DIAZ

Expediente: 1217201400044

Nombre: YEIRY JOEL GONZALES  
 LORENZO

Nota: Recordar confirmar su cita dos días antes de lo contrario perderá su cupo para la fecha indicada

Para confirmar su cita llamar al 2236-0910 o 2236-0911 o al 992-2240000 o vía WhatsApp 3280093

Correo electrónico: [gestioncita@hospitallmaria.org](mailto:gestioncita@hospitallmaria.org)

Cita registrada por: CEBARAFONA

Fecha y hora impresión ticket: 31/8/2023 10

Recibo por Lps. 600.00

Recibí de: Municipalidad Santa María, La Paz

La Cantidad de: seiscientos lempiras exactos

Por concepto de: Ayuda social para que pueda comprar medicamentos.

Santa María, La Paz, 29 de noviembre de 2023.

Nombre del que recibe: María Cristina Vásquez Nicolas

Firma del que recibe: María Cristina Vásquez Nicolas

Identidad: 1217198100454

Cel.: 98468219

## SOLICITUD

Señores Miembros de la Corporación Municipal.

Comunidad de B<sup>o</sup> San Antonio Santa María La Paz.

Fecha 29 Días del mes de Noviembre Año 2023.

Por medio de la presente yo Maria Cristina Vasquez Nicolas

Con Número de Identidad 1217-1981-00454

Solvencia Municipal 068374

Me estoy dirigiendo a la corporación en pleno, saludándoles y deseándoles éxitos en sus funciones, al mismo tiempo les estoy solicitando me puedan apoyar con

Apoyo economico para compra de  
Un medicamento para mi persona.

Ya que soy una persona de escasos recursos económicos, esperando tomen en cuenta mi petición.

De ante mano gracias.

Atentamente Maria Cristina Vasquez Nicolas

Celular 98-46-82-19







# CLINICAS ASHONPLAFA

RTN: 08019995295109

Paciente: María Cristina Vasquez Edad 41 Fecha 26/10/23

R

1) Cervixept Uso noches  
alternas

- Medicina General
- Medicina Interna
- Ginecología y Obstetricia
- Dermatología
- Urología
- Pediatría
- Optometría y Oftalmología
- Psicología
- Ortopedia
- Odontología
- Nutrición
- Ultrasonidos
- Mamografía
- Rayos X
- Laboratorio de análisis clínicos
- Biopsias de mama, cérvix y endometrio
- Citología cervicovaginal convencional y en base líquida
- Colposcopia
- Conizaciones
- Laparoscopia diagnóstica
- Cirugías
- Métodos anticonceptivos temporales y permanentes
- Consejería en planificación familiar
- Otorrinolaringología
- Atención de emergencias

Firma y Sello



Municipalidad de Santa María, La Paz

E-mail: [munisantamaria@yahoo.com](mailto:munisantamaria@yahoo.com)

[lapazsantamaria@municipalidad.info](mailto:lapazsantamaria@municipalidad.info)

Tel: 9865 2258

### Caja Chica

Desembolso: N° 09-2023 Valor del Cheque: Lps. 9,629.00

Disponibles en caja Lps. 371.00 Total disponibles Lps. 10,000.00

Cheque N° 00003045 Fecha de emisión cheque: 1 de noviembre 2023

Departamento de Tesorería


Programa	Actividad	Objeto de gasto	Fondo	Fecha	Descripción	Valor en lempiras
04	05	31110	11		Productos alimenticios y bebidas	L. 1,154.00
				06-11-2023	Pago de factura por compra de 10 libras de café y 1 fardo de azúcar para uso interno de la municipalidad.	L. 823.00
				13-11-2023	Pago de factura por compra de 4 botellones de agua, para uso interno de la municipalidad.	L. 108.00
				21-11-2023	Pago de factura por compra de 1 fardo de azúcar, para uso interno de la municipalidad.	L. 223.00



Autorizado Por:

  
Alcalde Municipal

Responsable:

  
Secretaría Municipal





# COMERCIAL H.H

Prop. Francisco Hernandez

Cel. 9628-0117 / R.T.N. 12171973001434

CAI:649E13-B37781-C2448D-D7E508-B75161-41

E-mail: francisco comercial.hh@gmail.com  
Santa María, La Paz

DÍA	MES	AÑO
06	11	2023

Ciente: Municipalidad

R.T.N. 12179003434704

Dirección: Santa María

Impuestos y Derechos Independientes, Bn. Alza, Venta a las Oficinas de IFT Cumayagua / R.T.N. 030319778033700 / CERTIFICADO SAB N° 0211 22 10500 54

CANT.	DESCRIPCIÓN	PREC. UNIT.	Descuentos y Rebajas Otorgados L.	TOTAL LPS.
10	kg CAFE	60 <sup>=</sup>		600 <sup>-</sup>
1	Fardo AZUCAR	223 <sup>=</sup>		223 <sup>-</sup>

**DATOS DEL CLIENTE EXONERADO**  
N° Correlativo de orden de compra exenta:  
N° Correlativo de constancia de registro Exonerados:  
N° Identificativo del registro de la SAG:

CONTADO  CREDITO

**COMERCIAL H.H.**  
**CANCELADO**  
Francisco Hernandez  
Santa María, La Paz

Descuento Otorgado L.	
Rebajas Otorgadas L.	
Sub Total L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	
Importe Gravado 18% L.	
Tasa Allicuota L.	
15% I.S.V. L.	
18% I.S.V. L.	
Importe Exonerado L.	
Total a Pagar L.	823 <sup>-</sup>

Cantidad en Letras ochocientos Veinte y tres  
tempiras

Rango Otorgado: 000-001-01-00003501 al 000-001-01-00004100 / Original: Cliente / Copia: Obligado tributario emisor  
Fecha Límite de Emisión: 11/01/2024

**FACTURA N° 000-001-01-00 N° 004005**

# COMERCIAL H.H

Prop. Francisco Hernandez

Cel. 9628-0117 / R.T.N. 12171973001434

CAI:649E13-B37781-C2448D-D7E508-B75161-41

E-mail: francisco comercial.hh@gmail.com  
Santa María, La Paz

DÍA	MES	AÑO
13	11	23

Cliente: Municipalidad

R.T.N. 22179003434704

Dirección: Santa María

Impresora Y Graficadora Independencia, Bv. Azopardo, frente a los Oficinas de EER, Comandancia / R.T.N. 03031577001307 / CERTIFICADO SAN N° 02 11 22 10500-54

CANT.	DESCRIPCIÓN	PREC. UNIT.	Descuentos y Rebajas Otorgados L.	TOTAL LPS.
4	Botellones agua	27 <sup>00</sup>		108 <sup>00</sup>

DATOS DEL CLIENTE EXONERADO  
 N° Correlativo de orden de compra exenta:  
 N° Correlativo de constancia de registro Exonerados:  
 N° Identificativo del registro de la SAG:

CONTADO  CREDITO

Descuento Otorgado L.	
Rebajas Otorgadas L.	
Sub Total L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	
Importe Gravado 18% L.	
Tasa Alícuota L.	
15% I.S.V. L.	
18% I.S.V. L.	
Importe Exonerado L.	
Total a Pagar L.	108 <sup>00</sup>

La Factura es beneficiaria de Todos los Dilela

Cantidad en Letras Ciento ocho limpiros exact

Rango Otorgado: 000-001-01-00003501 al 000-001-01-00004100 / Original: Cliente / Copia: Obligado tributario emisor  
 Fecha Límite de Emisión: 11/01/2024

**FACTURA N° 000-001-01-00 N° 004010**



# COMERCIAL H.H

Prop. Francisco Hernandez

Cel. 9628-0117 / R.T.N. 12171973001434

CAI:649E13-B37781-C2448D-D7E50B-B75161-41

E-mail: francisco comercial.hh@gmail.com  
Santa María, La Paz

DÍA	MES	AÑO
21	11	23

Cliente: Municipalidad

R.T.N. 72179003434704

Dirección: Santa María

Innovación y Eficiencia Administrativa, Bv. Alagoa, Avda. a las Oficinas de IEF, Comayagua / R.T.N. 0303107/0303107/CLASIFICADO CAI N° 0211271050014

CANT.	DESCRIPCIÓN	PREC. UNIT.	Descuentos y Rebajas Otorgados L.	TOTAL LPS.
1	Fardo Azucar	223		223

DATOS DEL CLIENTE EXONERADO  
N° Correlativo de orden de compra exenta: \_\_\_\_\_  
N° Correlativo de constancia de registro Exonerados: \_\_\_\_\_  
N° Identificativo del registro de la SAG: \_\_\_\_\_

CONTADO  CREDITO

**COMERCIAL H.H.**  
**CANCELADO**  
*Francisco Hernandez*  
Firma

Descuento Otorgado L.	
Rebajas Otorgadas L.	
Sub Total L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	
Importe Gravado 18% L.	
Tasa Allicenta L.	
15% I.S.V. L.	
18% I.S.V. L.	
Importe Exonerado L.	
Total a Pagar L.	223

La Factura es beneficio de Todos. Exclala

Cantidad en Letras: Docientos Veinte y tres Compras

Rango Otorgado: 000-001-01-00003501 al 000-001-01-00004100 / Original: Cliente / Copia: Obligado tributario emisor  
Fecha Límite de Emisión: 11/01/2024

**FACTURA N° 000-001-01-00 N° 004017**