



Reposiciones del Fondo en Avance de Caja Chica

Honduras, C.A.

Moneda: Lempiras (L)

Expediente No.: 51

No. Rendición: 8427123

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DEL GASTO	SUB-TOTAL	TOTAL	RETENCIONES	LIQUIDO
SERIE: 01-03-08-09 NUMERO: 01-03-08-09					
12 00 000 004 000 54110 11-001-01	Ayuda social salud a la Ciudadana Evagelista Perez Vasquez de la Comunidad de los Mangos, Yamaranguila./Ayuda social salud a la señora Ernestina Perez de la Comunidad de Quebrada de Lajas, Yamaranguila./Ayuda social salud a la señora Mercedes Ramos de la Comunidad del Obispo, Yamaranguila./Ayuda social salud a la señora Abilia Pineda de la Comunidad de Yashe, Yamaranguila.	3,300.00			
		Total Factura:	3,300.00	0.00	3,300.00
SERIE: 02-13 NUMERO: 02-13					
03 00 000 004 000 21430 11-001-01	Pago de telefonía celular Alcalde Municipal de Yamaranguila Cel.98-95-98-33./Pago de telefonía celular Alcalde Municipal de Yamaranguila Cel.98-95-98-33	1,848.91			
		Total Factura:	1,848.91	0.00	1,848.91
SERIE: 04 NUMERO: 04					
03 00 000 004 000 35650 11-001-01	Mantenimiento de motocicleta DT 175 (aceite) a cargo de Tecnico Eryln Sanchez.	155.00			
		Total Factura:	155.00	0.00	155.00
SERIE: 05-13 NUMERO: 05-13					
03 00 000 004 000 21420 11-001-01	Pago de telefono fijo, Alcaldia Municipal de Yamaranguila N°2783-80-80.	508.03			
		Total Factura:	508.03	0.00	508.03
SERIE: 06-10-11-12 NUMERO: 06-10-11-12					
11 03 000 002 000 54110 11-001-01	Ayuda social salud a la niña Lenci Yulisa Sanchez Gutierrez de la Comunidad de las Hortencias, Yamaranguila./Ayuda social a la niña Beria Abasal Antonio Lorenzo de la Comunidad de los Patios, Yamaranguila./Ayuda social al niño Lenin Josue Manueles Hernandez de la Comunidad de Cofradia, Yamaranguila./Ayuda social salud al niño Cesar David Gomez de la Comunidad de los Patios, Yamaranguila.	3,700.00			
		Total Factura:	3,700.00	0.00	3,700.00
SERIE: 07-14 NUMERO: 07-14					
03 00 000 004 000 39100 11-001-01	Pago de elementos de aseo personal como ser (Jabon liquido)/Pago de elementos de limpieza y aseo personal como ser(papel higienico, Ace).	488.06			
		Total Factura:	488.06	0.00	488.06
				Total:	10,000.00

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

RETENCIONES	
Código	Monto
Total Retenciones:	0.00

0s+js/f9JmndsDNVgk0AdNmwlBtyBSr6lDwd4h7RV39/MexfuJ7khBqEydnc7cknbnmq2Qc3vmMlHH75fjmJ65tx3rxO6808tt5MEzgwH8Tf/HJW0A0MIJaUngdGsfC

Caja Costera Distribuidor Exclusivo

No. _____

DIA	MES	AÑO
26	08	24

Por L. 1,000.00

Recibi de: Caja chica.

La Cantidad de: 1000 Lempiras Exactos. Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Salud a Ciudadana
Evangelista Perez Vasquez de la Comuni-
dad de las Mungos.

Sal. Ant. LPS. 1,000.00

Abono _____

Saldo LPS. 1,000.00.

Evangelista Pérez
10/6-1975-00025 FIRMA

S-4710. Ayuda Social a Personas (Transferencia de Capital).

Solicitud

Las Mangas y Amaranguila 27 Mayo 2024

Para: ingeniero: Rumbaldo Bejarano Su Corporacion

Reciba un Saludo muy Respetuoso Deando que Dios Lo bendiga en sus Labores Cotidianas para bien de nuestro municipio.


El motivo de mi Solicitud es para pedirle que por su digno medio me pueda apoyar Con Fondo economico Para compra de unos medicamentos y unos exámenes para mi mamá Evangelista Pérez ya que ella padece de Artritis y Diabetes y al que darle seguimiento a los tratamientos y lla no cuento con fondos economicos para poder a serle estos exámenes y el tratamiento es permanente Presento documentacion de dicho antes. ya que somos de escasos recursos espero una Respuesta positiva a mi Solicitud Denante mano Le agradeceré Mucho.

Subsidio Salud.
LPS 1,000.00



Wendy Marleni Pérez
1016-1996-00022
Cel. 94-76-82-65



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

El suscrito **HACE CONSTAR:** Que el contribuyente Evangelista Perez Vasquez ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2024 por lo que se le extiende esta Constancia de pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No.15 del 2 de Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

[Signature] N° **636111**
21-8-2024
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024



[Signature]
Firma y Sello del Alcalde



Dr. Orlando Antonio Cruz Cárcamo

MÉDICO REUMATÓLOGO

Especialista en enfermedades autoinmunes, óseas, musculares y articulares

CENTRO MÉDICO SANTA ROSA

Santa Rosa de Copán. Tel: 9796-9790

HORARIO DE ATENCIÓN: Martes, Miércoles y Jueves PREVIA CITA

Nombre: Evangelista Pérez

Edad: 48. Fecha 28/4/24

Rec/ 4.- Dmepuzol 20mg: 1tab c/día
en ayunas, permanente.

5.- Ácido fólico 5mg: 1tab c/día por
la tarde, menos día del matotraxate. (inyección).

6.- Kalman AP: (Calero + VITD): 1tab
c/día con almuerzo x 3 meses.

Firma y Sello

FARMACIA MQ 
Al servicio de su salud.

Dirección: Hospital Centro Médico Santa Rosa,
Santa Rosa de Copán.

Tel: 2662-1345 / Cel: 9705-4946

Horario: 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Oficina de Occidente, Tels: 2662-0198 / 8179-4022 / 8770-5543



Dr. Orlando Antonio Cruz Cárcamo

MÉDICO REUMATÓLOGO

Especialista en enfermedades autoinmunes, óseas, musculares y articulares

CENTRO MÉDICO SANTA ROSA

Santa Rosa de Copán. Tel: 9796-9790

HORARIO DE ATENCIÓN: Martes, Miércoles y Jueves PREVIA CITA

Nombre:

Evangelista Pérez

Edad:

48

Fecha

28, 4, 24

Rex / 1.- Metotraxate (50mg/2ml): 0.4ml
subcutáneo, semanal, alternando entre brazos
y mulda, permanente, guardar en refri, siempre
el mismo día de la semana.

2.- Qzulfona 500mg: Iniciar con:

- 1 tab c/día x 5 días y luego, aumentara:

- 1 tab c/2h, permanente.

3.- Predin 5mg: 2 tab c/día en la mañana x 1 mes,
luego disminuir a:

- 1 1/2 tab c/día hasta cita.



Firma y Sello

FARMACIA MQ

Al servicio de su salud

Dirección: Hospital Centro Médico Santa Rosa,
Santa Rosa de Copán.

Tel: 2662-1345 / Cel: 9705-4946

Horario: 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Gráficos de Occidente, Tels: 2662-0198 / 3179-4022 / 8770-6848



Dr. Orlando Antonio Cruz Cárcamo

MÉDICO REUMATÓLOGO

Especialista en enfermedades autoinmunes, óseas, musculares y articulares

CENTRO MÉDICO SANTA ROSA

Santa Rosa de Copán. Tel: 9796-9790

HORARIO DE ATENCIÓN: Martes, Miércoles y Jueves PREVIA CITA

Nombre: Evangelito Pérez

Edad: _____ Fecha 28 / 4 / 24

Rx/

Rx forax PA:

Artitis reumatoide en estudio.



FARMACIA MQ 
Al servicio de su salud

Dirección: Hospital Centro Médico Santa Rosa,
Santa Rosa de Copán.
Tel: 2662-1345 / Cel: 9705-4946
Horario: 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Ordinero de Occidente, Tels: 2662-0198 / 3179-4023 / 8770-6643



Medicentro San Rafael

Experiencia al cuidado de su salud
Tel.: 2783-2325

FARMACENTRO
LA AUXILIADORA
TEL.: 2783-3848

Próxima Cita

1 Junio

Rumatoología

Favor llamar un día antes para confirmar su cita

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

COMPROBANTE DE PAGO DE TIGO

AGENCIA.....: AGENCIA BARRIO ABAJO
 CODIGO DE AGENCIA...: 307
 CAJERO.....: 05568 YESICAMR
 FECHAS TRN/PROC....: 30/08/2024 30/08/2024
 HORA.....: 16:02:32
 CORRELATIVO/ANEXO...: 00000918 0098959833
 TRANSACCION.....: 5793 RECAUDACIONES TIGO M/N
 NUMERO DE TELEFONO..: 98959833
 NOMBRE.....: 0
 MONEDA.....: LEMPIRAS
 FORMA DE PAGO.....: LEMPIRAS

SLD ANT.\$: 37.16 SLD ANT.L: 924.64
 VLR PAG.\$: 37.12 923.76

SLD ACT.\$: 0.04 SLD ACT.L: 0.88

2142
 21430 Telefonía celular.

Pago de Telefono Celular Acaude Montecari
 Cel. 98-95-98-33. 30/08/24.

Solicitud

para usted Alcalde Romualdo Bejarano que el señor le bendiga en sus labores diarias. la presente Solicitud es para decirle que me ayude en 2.500 dos mil quinientos lempiras ya que los necesito para gastos medicos ya que me mandan hacer exámenes y no cuento con dinero ya que soy una persona de escasos Recursos economicos ya que necesitan ver los exámenes en el hospital. y los exámenes los hacen en clinica privada espero me ayude y me le de Respuesta a la presente.

Firma: Ernestina Perez

Numero: 1016.1963.00091

Joaquín Reyes
presidente patronato



Oel.

Subadto Salud.

LPS. 1,000.00.

ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito **HACE CONSTAR**: Que el contribuyente
Ernestine Perez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 20 24 por lo que se le extiende esta Constancia de
pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos
enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de
Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional
que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

Nº 630202

Yamaranguila - 29-01-2024
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-24

1966

ALCALDIA MUNICIPAL
ALCALDE

[Handwritten Signature]

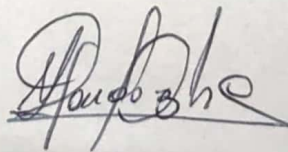
Firma y Sello del Alcalde

Constancia médica. 4/09/2024

C.S.S. Yamasunguita.

El cirujano médico: Dra. María Dargos
Mendoza en sede en C.S.S. Yamasunguita
Coh. no 6632; por medio de la presente hace
constar que: Ernestina Pérez con Identi-
dad: 1016-1963-00091. Exp. 21.

quien fue referida a H.E.S.E. quien por falta
de orden médica para USG abdominal.
no disponibles en ese Centro asistencial
por lo que. Valicita apoyo económica.
Con un valor estimado de. 1,000⁰⁰ de pesos.
paciente de bajo recursos económicos.



Dra. Mendoza
Coordinadora de C.S.S.



CASA MATRIZ
MOTOREPUESTOS TODO EN UNO
BOULEVARD CUARTO CENTENARIO FRENTE A ESCUELA
BILINGUE MARANATHA



ALL IN ONE - LA ESPERANZA #2

Barrio abajo, contiguo a terminal de buses de sigüalapeque
la esperanza, Intibuca,
TEL: 93828056
EMAIL: km motos la esperanza 2@gmail.com
RTN: 03131992006520
FECHA: Sep 3, 2024

FACTURA: 013-001-01-00012180

TIPO VENTA: CONTADO

CAI: CDA9BE-54599E-004289-FC3424-EB4F8E-0D

FECHA LIMITE: 12-12-2024

RANGO AUTORIZADO 013-001-01-00005001 al 013-001-01-00013000

CLIENTE: MUNICIPALIDAD DE YAMARANGUILA

RTN: 10169003429986

Vale de descuento por compra de productos KMS

Compras KMS hasta hoy: 0.00

Vencimiento de vale: el día 15 y el último día de cada mes.

Lista de descuento

de 10.000 a 24.999 -3 %

de 25.000 a 49.999 -5 %

mas de 50.000 -10 %

PROMOCIÓN POR TIEMPO LIMITADO

Vendedor: DANNY CONCEPCION ALEMAN I EMUS

Código	Producto	Cantidad	Precio normal	Descuentos y Rebajas	Precio unitario	Total
KMS EAD10b	ACEITE 2T REPSOL (2 TIEMPOS) MINERAL	1	155.00	20.22	134.78	134.78
No Orden Compra Exenta				Subtotal Gravado 15%		134.78
				Subtotal Exento		0.00
No Constancia de Registro Exonerado.				Subtotal Exonerado		0.00
				Descuentos y Rebajas		0.00
No es Registro S.A.G.				ISV 15%		20.22
Total						155.00

No se hacen devoluciones de efectivo, solo cambio de productos.

Partes eléctricas no tienen garantía.



35650. Aceite y Grasas y Lubricantes

Para Mantenimiento y uso de motocicleta
Yamaha dt 175 tecnico Eryln Sanchez
3 de Septiembre 2024



Banco de Occidente, S.A.

¡Apoyando al Pequeño de Hoy, Hacemos el Grande del Mañana!
308 AUTOBANCO BARRIO ABAJO

Cajero: 02083/SDOMINGHEZ 12:21:41
Fecha Proc: 12/09/2024 Fecha actual: 12/09/2024

COMPROBANTE DE PAGO HONDUTEL

Número de Servicio.: 27838080
Tipo de Servicio...: 1
Nombre del abonado.: ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTIB
Fecha de la factura: 202408
Derecho de Línea...: 175.00
Consumo llamada loc: 0.00
Larga distancia Nac: 43.66
Larga distancia Int: 0.00
Cargos adicionales.: 0.00
Servic domestic 800: 0.00
Valor del mes.....: 218.66
(+) Impuesto del mes: 32.80
(-) Descuento de mes: 0.00
(-) Créditos del mes: 0.00
(-) Impuest del Créd: 0.00
Total Neto del mes.: 251.46

Saldo anterior mes.: 223.21
Impuesto saldo ant.: 33.36
VALOR PAGADO.....: L 508.03
VALOR RECIBIDO.....: L 508.03

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO

21420 Telefonía Fija

Pago de teléfono a fijo, Alcaldía Municipal de Yamaranguila. 12/09/24.

Aviso de Cobro por Servicio
RTN 08019995285054



TELEFONICO PAGARSE ANTES DE 25/09/2024 1 1 2783-2080 0
 YAMARANGUILA ZONA 1 AGOSTO 2024 08
 ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTIBUCA PEGOMEZ
 BAR SAN CARLOS PLAN BASICO -

	SERVICIOS	IMPUESTO	TOTAL			
VALOR DEL MES	218.66	32.80	251.46			
CREDITOS DEL MES	.00	.00	.00			
<hr/>						
TOTAL NETO DEL MES TELEFONIA	218.66	32.80	251.46			
SALDO ANTERIOR 1 MESES	223.21	33.36	256.57			
<hr/>						
VALOR FACTURA TELEFONIA	441.87	66.16	508.03			
<hr/>						
TOTAL A PAGAR	441.87	66.16	508.03			
<hr/>						
DERECHO DE LINEA	175.00	LOCAL SUB-OPERADORES	.00			
CONSUMO DE LLAMADAS LOCALES	.00	SERVICIO 800	.00			
CARGA DISTANCIA NACIONAL	.00	LLAMADAS A CELULARES	43.66			
CARGA DISTANCIA INTERNACIONAL	.00	ZONA - 191	.00			
CARGOS ADICIONALES	.00					
<hr/>						
VALOR DEL MES		218.66				
PLUS IMPUESTO DEL MES		+ 32.80				
MINUS CREDITOS DEL MES		- .00				
MINUS IMPUESTO DEL CREDITO		- .00				
<hr/>						
TOTAL NETO DEL MES TELEFONIA			251.46			
SALDO ANTERIOR 1 MESES		223.21				
PLUS IMPUESTO DEL SALDO ANTERIOR		33.36				
<hr/>						
TOTAL SALDO ANTERIOR			256.57			
<hr/>						
		TOTAL A PAGAR	508.03			
<hr/>						
DETALLE DE CONSUMO DE LLAMADAS LOCALES						
FACTURA	ACTUAL	ANTERIOR	DERECHO	MINUTOS	TARIFA	VALOR
	14.319	- 14.319	- 250 =	0	.50	.00

FECHA DE REPOSICION 12/09/2024



Nuestra Empresa de Telecomunicaciones
www.hondutel.hn



Aviso de Cobro por Servicio
RTN 08019995285054



TELEFONICO PAGARSE ANTES DE 25/09/2024 1 1 2783-8080 0
 YAMARANGUILA ZONA 1 AGOSTO 2024 08
 ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTIBUCA PEGOMEZ
 BAR SAN CARLOS PLAN BASICO -

	SERVICIOS	IMPUESTO	TOTAL
VALOR DEL MES	218.66	32.80	251.46
CREDITOS DEL MES	.00	.00	.00
<hr/>			
TOTAL NETO DEL MES TELEFONIA	218.66	32.80	251.46
SALDO ANTERIOR 1 MESES	223.21	33.36	256.57
<hr/>			
VALOR FACTURA TELEFONIA	441.87	66.16	508.03
<hr/>			
TOTAL A PAGAR	441.87	66.16	508.03

DERECHO DE LINEA	175.00	LOCAL SUB-OPERADORES	.00
CONSUMO DE LLAMADAS LOCALES	.00	SERVICIO 800	.00
CARGA DISTANCIA NACIONAL	.00	LLAMADAS A CELULARES	43.66
CARGA DISTANCIA INTERNACIONAL	.00	ZONA - 191	.00
CARGOS ADICIONALES	.00		
<hr/>			
VALOR DEL MES		218.66	
AS	IMPUESTO DEL MES	32.80	
ENOS	CREDITOS DEL MES	.00	
ENOS	IMPUESTO DEL CREDITO	.00	
<hr/>			
TOTAL NETO DEL MES TELEFONIA			251.46
SALDO ANTERIOR 1 MESES		223.21	
AS	IMPUESTO DEL SALDO ANTERIOR	33.36	
<hr/>			
TOTAL SALDO ANTERIOR			256.57

TOTAL A PAGAR 508.03

DETALLE DE CONSUMO DE LLAMADAS LOCALES	ACTUAL	ANTERIOR	DERECHO	MINUTOS	TARIFA	VALOR
LECTURA	14.319	14.319	250 =	0	.50	.00

FECHA DE REPOSICION 12/09/2024




Nuestra Empresa de Telecomunicaciones
www.hondutel.hn



54110: Ayuda Social a personas (Transferencia de capital)

6

No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <u>1,000.00.</u>
	13	09	24.	
Recibí de:	<u>Cagua Chica</u>			
La Cantidad de:	<u>Mil Lempiras exactas</u>			Lempiras
Por Cuenta de:	<u>Ayuda Social Salud a. (Lenci) niña</u>			
	<u>Lenci Yulisa Sanchez Gutierrez su padre Isais</u>			
	<u>Sanchez de la Comunidad</u>			
	<u>de Hortencias, yamorongillo</u>			
	<u>Isais Sanchez</u>			
	<u>19719770043</u>			
Sal. Ant.	<u>1,000.00</u>			
Abono	_____			
Saldo	<u>1,000.00.</u>			
	FIRMA			

UNION Distribuidor Exclusivo de Honduras

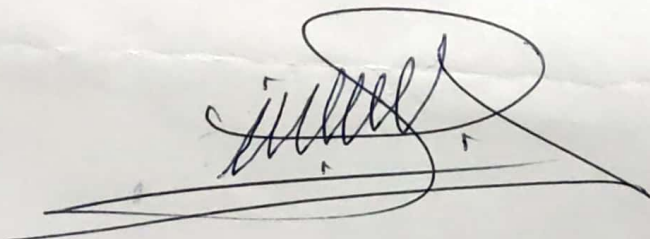
Solicitud


Las Hortecias Yamaran quila de partamento
de Intibaca de parte de Isaias Sanchez
para usted Señor Alcalde municipal
ingeniero Rómulo Uejoco que pase
un feliz día olado de Toda su Corporación

De pues de este corto saludo poso ob-
siguiente es para de esle que si me
pede ayudar con 2000 lenpiras que tengo

una niño en el ospital Enrique agular
Seroto yo Dios se los bendicirá

Firma 10/7 1997 00408

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Isaias Sanchez', written over a horizontal line.

 REPUBLICA DE HONDURAS REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS INSCRIPCION DE NACIMIENTO No. 00098 NUMERO DE IDENTIDAD 1016-2024-00098				DATOS DE LA REPOSICION POR OMISION	
EN <u>YAMARANGUILA</u> <u>INTIBUCÁ</u> EL DIA <u>LUNES</u> <u>ONCE</u>		Número de Resolución _____		Fecha de la Resolución _____	
DE <u>MARZO</u> <u>DEL DOS MIL VEINTICUATRO</u> ANTE MII <u>CALEB ROBERTO REQUENO AGUILAR</u>		Oficial civil departamental o seccional de: _____		Fecha de recibida la Resolución _____	
SE INSCRIBIO EL SIGUIENTE NACIMIENTO; DATOS DEL NACIDO		Sexo <u>FEMENINO</u>		Fecha y Hora de Nacimiento <u>10 02 2024 10:08 P.M.</u>	
<u>LENCI YULISA</u> <u>SANCHEZ</u> <u>GUTIERREZ</u>		Nombres		Primer Apellido Segundo Apellido	
<u>HONDURAS - 1</u> <u>INTIBUCÁ</u>		Lugar de Nacimiento		<u>INTIBUCÁ</u> <u>BARRIO EL GUAY</u>	
<u>OTRO - 2</u>		País		Departamento / Estado / Provincia Ciudad o Aldea	
DATOS DEL COMPARECIENTE		Sólo si no es la Madre o el Padre		Documento de Identidad	
Compareciente <u>PADRE</u>		Nombres Primer Apellido Segundo Apellido		Profesión, Ocupación, Oficio	
Nacionalidad		Domicilio Departamento Municipio Bo. Col. Aldea Caserío		Firma o Huella Dactilar	
DATOS DEL PADRE		Documento de Identidad <u>1017-1997-00403</u>		Nacionalidad <u>HONDUREÑA</u>	
<u>ISAIAS</u> <u>SANCHEZ</u> _____		Nombres Primer Apellido Segundo Apellido		Profesión, Ocupación, Oficio <u>LABRIE GO. OBRERO AGRICOLA</u>	
Domicilio <u>INTIBUCÁ</u> <u>YAMARANGUILA</u> <u>LAS HORTENSIAS</u>		Departamento Municipio Bo. Col. Aldea Caserío		Firma <u>Alexis Simeon Reyes II.</u>	
DATOS DE LA MADRE		Documento de Identidad <u>1016-1990-00638</u>		Nacionalidad <u>HONDUREÑA</u>	
<u>CARLINDA</u> <u>GUTIERREZ</u> <u>LEMUZ</u>		Nombres Primer Apellido Segundo Apellido		Profesión, Ocupación, Oficio <u>AMA DE CASA</u>	
Domicilio <u>INTIBUCÁ</u> <u>YAMARANGUILA</u> <u>LAS HORTENSIAS</u>		Departamento Municipio Bo. Col. Aldea Caserío		Firma y sello Registrador Civil Municipal o Auxiliar	
ENMIENDAS Y OBSERVACIONES		NINGUNA		Firma y sello Registrador Civil Municipal o Auxiliar	

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

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente
Leiana Sanchez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 20 24, por lo que se le extiende esta Constancia de
pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos
enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No.15 del 2 de
Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional
que pueda resultar del examen de sus declaraciones.
N° 631430

Yamaranguila 15 - 02 - 2024
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024





Firma y Sello del Alcalde



Salud

Gobierno de la República

Secretaría de Estado en los Despachos de Salud
Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato
Intibucá, Intibucá, Honduras, C.A.
Barrio El Way, Entrada Principal
Correo electrónico: direccion.ejecutivaheac@gmail.com
Teléfono fijo: 2783-0242



No.544-2024-DEHDEAC

CERTIFICACIÓN

El Suscrito Director Ejecutivo del Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato, de la ciudad de Intibucá, Departamento de Intibucá, Honduras, C.A. por medio de la presente CERTIFICA: Que en los registros que se llevan en la Unidad de Admisión y Archivo se encuentra los siguientes datos:

Nombre: **LINCI YULISA SANCHEZ GUTIERREZ**

Edad: **5 meses**

Procedencia: **Las Hortensias, Yamaranguila Intibucá**

No. Historia Clínica: **1016-2024-00098**

Fecha de Ingreso: **08 de septiembre del 2024**

Servicio: **Pediatría**

Diagnóstico: **1. Bronquiolitis en resolución**

Fecha de egreso: **11 de septiembre del 2024**

Y para los fines que el (a) interesada (o) estime conveniente, se firma la presente en la ciudad de Intibucá, Intibucá a los doce días del mes de septiembre del año dos mil veinticuatro


Dr. Cristhian Alonso Cruz Ordóñez
Director Ejecutivo



CC. Expediente./

S1110 - Ayuda Social a personas (Transferencia de capital)



CIBANCA Distribuidor Exclusivo de Honduras

No. _____

DIA	MES	AÑO
19	09	24.

Por L. 700.00.

Recibí de: Caja Chica

La Cantidad de: Setecientos. Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Salud a la Señora Mercedes Ramos. de la Comunidad. del Obispo, Comaranguila.

Sal. Ant. <u>700.00</u>	
Abono _____	
Saldo <u>700.00.</u>	<u>Mercedes Ramos.</u> <small>FIRMA</small>

SOLICITUD

El Obispo Yamaranguila, Intibuca.

18/9/24

Don Ruma Bejarano tenga buenos días, espero se encuentre bien de Salud y en todos los aspectos. Deseándole éxitos en sus labores diarias.

Don Ruma el motivo de presente es para pedirle por favor su ayuda y si esta en su alcance darnos la respuesta a esta solicitud, ya que es para gastos médicos de mi tratamiento, ya que es un medicamento que lo tomo diario y es permanente. Y no tengo recursos para comprarlos y por eso lo molesto.

Muchas gracias don Ruma por su atención y por su respuesta.

Dios lo bendiga y lo guarde siempre y toda su cooperación, don Ruma.

Att.
Mercedes Ramos.


Pte. Patrocinio



CONSTANCIA DE EXENCIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Mercedes Ramos

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

N°451653

Yamunangila 24/10/2022

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

Indefinida



Firma y Sello del Alcalde



CARDIOASPIRINA®

Ácido Acetilsalicílico 81 mg
con caps entérica

Tratamiento diario para
prevención de infartos.

30 tabletas

AMLODIPINA 10

Amlodipina 10 mg tabletas

30 Tabletas
Vía de Administración Oral



Nebiam®

Nebivolol 5 mg

30 comprimidos

No. _____

DIA	MES	ANO
19	09	24

Por L. 600.00.

Recibí de: Caja Chica.

La Cantidad de: Seientos. Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social a la Señora Abila. pmeda de la Comenrdad de

Sal. Ant. 115600.00

Abono \rightarrow

Saldo LPS. 600.00

Yashe, Tomaron y la

Abilio Pineda

FIRMA

GRUPO Distribuidor Exclusivo de Honduras

SOLICITUD

Yashe yamaranguila Fecha 19 del año 2024

estoy haciendo un saludo a usted Don.

Rumaldo Bejarano Ouedjos y nuestra Madre.
santisima lo Bendiga A hora y siempre
en sus labores de trabajo de nuestro pueblo
de yamaranguila

De este corto saludo paso a lo siguiente

es para solicitarle que si me puede Ayudar
en un tratamiento de indicaciones
para El dolor de cabeza y para El.
dolor de Rodilla

Espero su Apoyo

Atentamente

ABilia pineda



RECETA MEDICA



Nombre del paciente: Abilia Pineda
Edad: 64 años
Fecha: 19/09/2024

Observación

Dioxoflex 3M Por 2 días



Ayudamos a mejorar tu calidad de vida



CENTRO MEDICO SANTA LUCIA

Dr. Oscar Gamez
Media cuadra al sur del parque Central de Yamaranguila,
Yamaranguila, Intibucá
Cel: 9588-7301



Nombre: Abilia Pineda

Fecha: 19 de 09 del 2024

Edad: 64

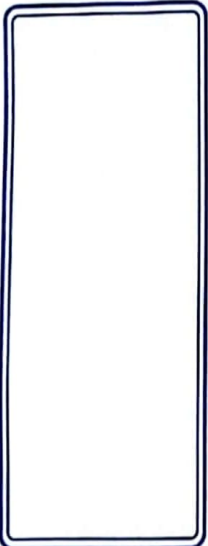
No. ID. 1016 1960 00060

Rx Paciente la cual ha asistido a consulta en múltiples ocasiones por diferentes patologías como su vejiguita, bartoras, labilidad emocional, con un total de 1,000 lps gastados en consulta y medicamentos.

Para los fines se extiende la presente



PROHIBIDO CAMBIAR LA RECETA



Distribuidor Exclusivo de Honduras

No. _____	DIA 23	MES 09	AÑO 24	Por L. 700.00
Recibí de: <u>Caja Ahica</u>				
La Cantidad de: <u>Setecientos</u>	Lempiras			
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud a la manita</u>				
<u>Berta Abasat Antonio Lorenzo su madre Mónica</u>				
Sal. Ant. <u>LPS. 700.00</u>	<u>Fernanda Lorenzo de la Comunidad de Los Patios.</u>			
Abono _____				
Saldo <u>LPS. 700.00</u>	<u>Fernanda L., FIRMA fernanda lorenzo</u>			

1016 - 1982 00 244

54110. Ayuda social a personas. (Transfeencia de capital?)

Los patios Yamaranguila

De parte de maria Fermina Lorenzo
Le estoy haciendo un Atentoy
cordial saludo a usted señor
Alcalde Don Rumualdo
Bejarano. espero se encuentre
Bien de Salud con sus
compañeros de trabajo y
el motivo de la presente
es para pedirle un favor
que por su digno medio
me pudiera ayudar en dinero
ya que mi niña se me golpeo
y la siguen tratando.
Disculpeme señor alcalde
le agradeceré mucho.

Atentamente:

Maria Fermina Lorenzo

Maria Fermina Lorenzo



 **ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA**
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito **HACE CONSTAR:** Que el contribuyente Maria Teresita Lorenza Sanchez ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2024 por lo que se le extiende esta Constancia de pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No.15 del 2 de Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

N° **633175**

Yamaranguila 21-6-2024
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024



Firma y Sello del Alcalde



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

INSCRIPCION DE NACIMIENTO No. **00353**

NUMERO DE IDENTIDAD **1016-2023-00353**

EN YAMARANGUILA INTIBUCÁ EL DIA MARTES DIEZ
Municipio Departamento Nombre del Dia Fecha
DE OCTÜBRE DEL DOS MIL VEINTITRES ANTE MI EDELMIN GOMEZ MANUELES
Mes Año Año Nombre y Apellido del Registrador Civil

SE INSCRIBIO EL SIGUIENTE NACIMIENTO; DATOS DEL NACIDO

<u>BERIA ABISAI</u> Nombres	<u>ANTONIO</u> Primer Apellido	<u>LORENZO</u> Segundo Apellido	Sexo <u>FEMENINO</u>	Fecha y Hora de Nacimiento <u>26 09 2023 11:40 A.M.</u> Dia Mes Año Hora			
--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------	--	--	--	--

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

DATOS DEL COMPARECIENTE

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

DATOS DEL PADRE

<u>CARMELO</u> Nombres	<u>ANTONIO</u> Primer Apellido	----- Segundo Apellido	Documento de Identidad <u>1016-1969-00198</u> Identidad Nacional	Nacionalidad <u>HONDUREÑA</u>
Domicilio <u>INTIBUCÁ</u> Departamento		<u>YAMARANGUILA</u> Municipio	<u>LOS PATIOS</u> Bo. Col. Aldea Caserío	Profesión, Ocupación, Oficio <u>LABRIEGO, OBRERO AGRICOLA</u>

DATOS DE LA MADRE

<u>MARIA FERMINA</u> Nombres	<u>LORENZO</u> Primer Apellido	<u>SANCHEZ</u> Segundo Apellido	Documento de Identidad <u>1016-1982-00244</u> Identidad Nacional	Nacionalidad <u>HONDUREÑA</u>
Domicilio <u>INTIBUCÁ</u> Departamento		<u>YAMARANGUILA</u> Municipio	<u>LOS PATIOS</u> Bo. Col. Aldea Caserío	Profesión, Ocupación, Oficio <u>AMA DE CASA</u>

ENMIENDAS Y OBSERVACIONES

NINGUNA.

DATOS DE LA REPOSICION POR OMISION

Número de Resolución -----
Fecha de la Resolución -----
Dia Mes Año
Oficial civil departamental o seccional de:

Departamento

Municipio

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

ABUELOS

Abuelos Paternos

Nombre(s) y apellido(s) del abuelo -----
Nacionalidad -----
MAURA ANTONIO HONDUREÑA
Nombre(s) y apellido(s) de la abuela Nacionalidad

Abuelos Maternos

FELIX LORENZO HONDUREÑA
Nombre(s) y apellido(s) del abuelo Nacionalidad
LORENZA SANCHEZ HONDUREÑA
Nombre(s) y apellido(s) de la abuela Nacionalidad

FIRMA O HUELLA DACTILAR

1

Firma del Compareciente
2

FIRMA

Nombre y Apellido del Escribiente Responsable de la Inscripción



Firma y sello Registrador Civil Municipal o Auxiliar

Referencia y Respuesta

Referencia

Respuesta

Primer Apellido Antonio	Segundo Apellido Lorenzo	Nombre (s) María Abisaí	Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
No. de expediente: 1016-2023-00353	No. de Identidad: 1016-2023-00353	Edad: 11m	
Dirección: Colonia Los Pinos	Ciudad Yamungo	Municipio Yamungo	Departamento Interoceánico
Correo Electrónico:	Acompañante:	Parentesco:	Dirección/Teléfono:
Nombre del Establecimiento que refiere/respuesta: H/EAC	Red: Institución: SESAL <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> IHSS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Gestor: Centralizado <input type="checkbox"/> Descentralizados <input type="checkbox"/>	Establecimiento que refiere o responde: UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, Especifique: <input type="checkbox"/>
Motivo del envío	Diagnóstico: <input type="checkbox"/>	Tratamiento: <input type="checkbox"/>	Seguimiento: <input type="checkbox"/> Rehabilitación: <input type="checkbox"/>
Describe:			
Signos y Síntomas principales: Hemorraja en región frontal			
Resumen de datos clínicos: paciente pediátrico con historia de caída de un metro por los reñones y en la zona se encontraba deambulando en círculo y que luego del mismo periodo en espera de una grande cesando fueron, se le realizaron 3 puntos de sutura en herida, se realizó Rx de cráneo AP y lateral y se le dio Dicloxacilina 400 mg cada 6 horas por 5 días y 3 días de antibiótico.			
Signos Vitales	PA: 90/60	FR: 138	Tº: 36.8 Peso: 8.5 Talla: 64 cm
Datos Gineco Obstétricos: FUM:	FPP:	E:	P: C: HV: HM: O: A:
Cabeza:	Presencia de herida corto penetrante en región supra-orbital superior		
ORL:	Presencia en el conducto de		
Ojos:	sin cambios		
Cuello:	No a disociarse		
Tórax:	sin cambios		
Abdomen:	Abdomen que puede ser no doloroso		
Genitales:	Definido		
Extremidades:	movilidad normal		
Neurológico:	Glasgow 15/15	Evaluación de Riesgo	
Resultados de exámenes complementarios:	Rx Cráneo AP y lateral sin presencia de fractura en cráneo	Con Riesgo <input type="checkbox"/>	Sin Riesgo <input type="checkbox"/>
Impresión Diagnóstica:	(1) TEC leve (2) Herida corto penetrante en región supra-orbital derecha		
Recomendaciones/observaciones:	(1) Retiro de puntos en 10 días (2) Curaciones diarias		
Referido/Responde a:	UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input checked="" type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, especifique <input type="checkbox"/>	Atención en: Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros; especifique:	
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde:	CIS de S. Comarcal		
Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá	Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Especifique:	Nombre y cargo de la persona contactada:	
Referencia/Respuesta Elaborado por:	Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro, Especifique:	Nombre, Firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta:	
Cita al servicio de:	Día: Mes: Año: Hora:	Fecha y hora de recibo de la referencia o respuesta: Día: Mes: Año: Hora:	
Este campo es para ser llenado exclusivamente por el Establecimiento de Salud que recibe la referencia.			
Referencia: Oportuna: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Justificada: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	HC-10	

54110: Ayuda Social a personas (transferencia de capital)



© 2008 ONX Distribuidor Exclusivo de Honduras

No. _____

DIA	MES	AÑO
24	09	24

Por L. 7,000.00

Recibí de: Caja chica

La Cantidad de: 7,000 Lempiras Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda social Salud al niño Lenan.
Josue Moreles Hernandez Su madre. 207 Marina

Saldo LPS 7,000.00

Abono _____

Saldo LPS, 1000.00

Moreles Hernandez de la comunidad de Cotacaca.

W. Marina M.H. FIRMA 10/6/1995 00556



Solicitud
Cofradía Yamaranguila

Para el sñr Alcalde MPl.

Eng. Rumualdo Bejarano y sus regidores
Estimados

De parte de Luz Marina Manueles Hernandez
Saludamos cordialmente esperando lo mejor
de sus vidas y realizando los mejores proyectos
del pueblo y de la ciudadanía que tanto se
necesita para poder desarrollar el sector MPl

El motivo del presente solicitud es para que si
me puede apoyar en los gastos del tratami-
ento de mi hijo Lenin Josue Manueles Hernandez
ya que no cuento con mis recursos econo-
micos suficientes

A los presente días del 10 Julio 2024

Firma

Luz Marina Manueles Hernandez
1616-1495-00556



Cel 94-94-93-12
Marina

Subarbo Salud.
\$1,000.00.



ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente
Luz Marina Mercedes Hernandez
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 2024 por lo que se le extiende esta Constancia de
pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos
enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No.15 del 2 de
Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional
que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

N° 634548

Yamaranguila 10.5.2024
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024



Firma y Sello del Alcalde



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

 ubicada en el folio 096 del tomo 00258 del Año 2022 y que pertenece a:

a) MANUELES *Primer Apellido* b) HERNANDEZ *Segundo Apellido*
c) LENIN JOSUE *Nombre* SEXO F M

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) INTIBUCA *Municipio* b) INTIBUCA *Departamento* c) HONDURAS *País*
d) TRES *Día* e) FEBRERO *Mes* f) 2022 *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:

N. Identidad: 1016-1995-00556

a) MANUELES *Primer Apellido* b) HERNANDEZ *Segundo Apellido*
c) LUZ MARINA *Nombre* d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en YAMARANGUILA *Municipio* INTIBUCA *Departamento*

a los: QUINCE días del mes de MARZO

del DOS MIL VEINTIDOS

[Firma]
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
10 MAR 2022 16
REGISTRADOR MUNICIPAL
YAMARANGUILA-INTIBUCA
HONDURAS CA





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

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

Fecha: 15 / Junio / 2024

Cliete: Lenin Josse' Manuel Hernández

R.T.N.

Dirección:

Tel:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
	exámenes de laboratorio			L. 4,800
TOTAL L.				

No. Ord. de Compra Exenta	No. Reg. de La SAG	No. de carné Digital	Categoría de Cliente
No. Const. de Reg. de Exonerado	No. de carné Digital	Obligado Tributo Emisor	

CAI: 149344-3FB53A-04408D-F5211C-4D1E08-82
 Fecha Límite de Emisión: 19/01/2025
 Rango Autorizado:
 000-001-01-00008451 al 000-001-01-00009050
 Fecha de Recepción: 19/01/2024

FACTURA

000-001-01-00 Nº 008907

Son Lps: cuatro mil ochocientos

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	
IMPORTE GRAVADO 15% L.	
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
I.S.V. 15% L.	
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	L. 4,800

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXJALA"

CITA Clínica 27830290

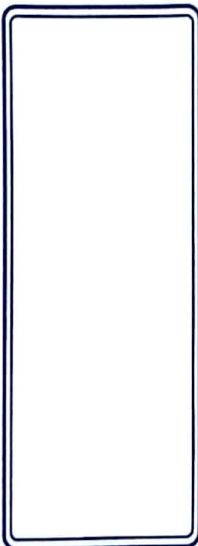
Día	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado
-----	-------	--------	-----------	--------	---------	--------

Fecha 14-15 / Junio

En caso de que no pueda venir en la fecha señalada
rogamos informarnos a la brevedad posible.

GRACIAS.

Dr. Francisco Ramírez 6199197044



Distribuidor Exclusivo
Caja de Honduras

No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. 7,000.00
	24	09	24	
Recibí de: <u>Caja Ahica</u>				
La Cantidad de: <u>7,000 Lempiras exactas</u> Lempiras				
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud al nomo Cesar</u>				
<u>David Gomez Antonio. Cesar Gomez Vasquez Su</u>				
<u>Padre. de la Comunidad de</u>				
<u>Patrias, Jajomeyungilla.</u>				
<u>[Signature]</u>				
FIRMA				
<u>1016-1992-00690</u>				

Sal. Ant. <u>LPS. 1,000.00</u>
Abono _____
Saldo <u>LPS. 1,000.00</u>

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

Solicitud.

Los Patios Yamaranguila. 23/09/2024.

Le saludo muy Respetuosamente señor Alcalde ingeniero Rumualdo Bejarano Que Dios le Derrame muchas bendiciones en sus actividades Que Realiza Para bien de nuestro municipio.

El motivo de mi solicitud es para pedirle su apoyo economicamente. Para gastos medicos de mi hijo Cesar David Gomez Antonio donde esta siendo evaluado por un pediatra y la cual es referido al hospital maná de tegucigalpa Para Realizarle exámenes es por eso que le solicito su apoyo. ya que no cuento con los recursos economicos para poder llevarlo

esperando una Respuesta positiva a mi solicitud. de antemano Quedare muy agradecido.

Atentamente

Julio Cesar Gomez Vasquez

Nº 1016-1992.00690

Nº solvencia 63 44 73


[Handwritten signature]



Del. 94-40-82-59.

Subido Salud.
24/09/24.
257,000.00

VIVO

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

El suscrito **HACE CONSTAR:** Que el contribuyente Julio Cesar Gomez Vasquez ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2024 por lo que se le extiende esta Constancia de pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No.15 del 2 de Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

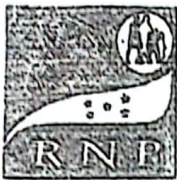
N° 634413
Yamaranguila Int 30/05/2024
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31/12/2024





Firma y Sello del Alcalde



REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

Nº 59226154

CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO



El infrascrito Registrador Civil Municipal CERTIFICA que en el Archivo de nacimientos que se tiene en esta oficina, se encuentra

el acta de nacimiento número: 1 0 1 6 - 2 0 1 9 - 0 0 0 5 6 ubicada en el folio 057 del tomo 00241
Número de Identidad

del Año 2019 y que pertenece a:

a) GOMEZ (Primer Apellido) b) ANTONIO (Segundo Apellido)
c) CESAR DAVID (Nombre) SEXO F M

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) INTIBUCA (Municipio) b) INTIBUCA (Departamento) c) HONDURAS (País)
d) VEINTISIETE (Día) e) ENERO (Mes) f) 2019 (Año)

2.) Número de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad del padre: N. Identidad: 1016-1992-00690

a) GOMEZ (Primer Apellido) b) VASQUEZ (Segundo Apellido)
c) JULIO CESAR (Nombre) d) HONDUREÑA (Nacionalidad)

3.) Número de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad de la madre: N. Identidad: 1016-1997-00217

a) ANTONIO (Primer Apellido) b) PEREZ (Segundo Apellido)
c) CORINA (Nombre) d) HONDUREÑA (Nacionalidad)

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en YAMARANGUILA (Municipio) INTIBUCA (Departamento)

a los: SEIS días del mes de FEBRERO

del DOS MIL DIECINUEVE

[Handwritten Signature]
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
10 FEB 16
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL
YAMARANGUILA, INTIBUCA
HONDURAS, CA

FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL



FECHA: _____ NUMERO: _____ ES: _____ RED: _____

REFERENCIA / RESPUESTA A:

ESTABLECIMIENTO: Hospital Mario
 AL SERVICIO DE: Cent Neurologia
 DIRECCIÓN: 7605

PARA:

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

SEGUIMIENTO

REHABILITACIÓN

¡IMPORTANTE!

LEA ESTO

ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN

INDISPENSABLE PARA SU SALUD

ES IMPORTANTE QUE CUMPLA BIEN LAS

INDICACIONES QUE LE DIJERON

PRESENTARSE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

INMEDIATAMENTE O COMO LE INDICARON

Referencia y Respuesta

Referencia

Respuesta

Primer Apellido Comer	Segundo Apellido Antonio	Nombre (s) Cesar David	Sexo: H <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

No. de expediente: **1016 2019 00056** No. de Identidad: _____ Edad: **5^o**

Dirección: Colonia **Los Pobos** Ciudad **Yucatán** Municipio **Yucatán** Departamento **Yucatán** Teléfono _____

Correo Electrónico: _____ Acompañante _____ Parentesco _____ Dirección/Teléfono _____

Nombre del Establecimiento que refiere/responde: _____ Red: _____
 Institución: SESAL Privado
 IHSS Militar ONG
 Otro Gestor Centralizado Descentralizados
 Establecimiento que refiere o responde: UAPS CIS
 Policlínico Hospital, Especifique:

Motivo del envío Diagnóstico: Tratamiento: Seguimiento: Rehabilitación:
 Describa: _____

Signos y Síntomas principales: **se me queda**
 Resumen de datos clínicos: **Historia del 1º caso de evolución de protuberancia de la cabeza de la paciente subsecuente a la cirugía de la hernia abdominal, con episodios de convulsiones parciales secundarias por protuberancia post total. en julio presenté 2 episodios**

Signos Vitales P/A: _____ FR: **20** P/FC: **80** T°: **36** Peso: **19.3kg** Talla: **109cm**

Datos Gineco Obstétricos: FUM: _____ FPP: _____ E: _____ P: _____ C: _____ HV: _____ HM: _____ O: _____ A: _____

Cabeza: **Normal**
 ORL: **NO hay ruidos ni hipertrófico**
 Ojos: **18 años**
 Cuello: **NO obeso ni rígido**
 Tórax: **Retiro de espaldas sin soplos, ruidos, NO rec de pleuropneumonia**
 Abdomen: **Sin tumores**
 Genitales: **NL**
 Extremidades: **pot y coordinación normal**
 Neurológico: **Glasgow 15 para reactivos, proximal y distal** Evaluación de Riesgo
 Resultados de exámenes complementarios: _____ Con Riesgo
 Sin Riesgo

Impresión Diagnóstica: **Epilepsia crónica**

Recomendaciones/observaciones: **EEG**

Referido/Responde a: UAPS CIS Policlínico Hospital, especifique
 Amarita atención en: Consulta Externa Emergencia Hospitalización
 Otros; especifique: **Neurología**

Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde: **Hospital de la Cruz**
 Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta
 Día: **05** Mes: **Sept** Año: **24** Hora: **10:30**

Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá
 Sí: No: Especifique: _____
 Nombre y cargo de la persona contactada: _____

Referencia/Respuesta Médico General Médico Especialista
 Elaborado por: Enfermera Auxiliar Enfermería
 Otro, Especifique: _____
 Nombre, Firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta:
Dr. Varela

Cita al servicio de: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____
 Fecha y hora de recibo de la referencia/respuesta:
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____

Este campo es para ser llenado exclusivamente por el Establecimiento de Salud que recibe la referencia.
 Referencia: Oportuna: Sí NO: Justificada: Sí NO:



Pago de Telefono (Fijo) Celular. Alcaide Municipal
Cel. 98-95-98-33. 30/09/24.

601

tigomoney

Descarga la APP Tigo Money
regístrate o marca *555# desde
tu Tigo y aprovecha los mejores
beneficios que solo te ofrece
Tigo Money!

Agente	Recarga Veloz Pulperia La Pinos
Fecha:	30-09-2024
Hora:	11:03:40
Producto:	Pago de Servicio
Empresa:	Tigo Movil
Cuenta:	98959833
Cliente:	RUMUALC
Monto:	L 922.65
Cargo:	L 2.50
ISV:	L 0.00
Total:	L 925.15
Referencia:	99511201

Gracias por usar Tigo Money!

601

tigomoney

Descarga la APP Tigo Money
regístrate o marca *555# desde
tu Tigo y aprovecha los mejores
beneficios que solo te ofrece
Tigo Money!

Agente	Recarga Veloz Pulperia La Pinos
Fecha:	30-09-2024
Hora:	11:03:40
Producto:	Pago de Servicio
Empresa:	Tigo Movil
Cuenta:	98959833
Cliente:	RUMUALC
Monto:	L 922.65
Cargo:	L 2.50
ISV:	L 0.00
Total:	L 925.15
Referencia:	99511201

Gracias por usar Tigo Money!

21430 - Telefono Celular.

DISTRIBUIDORA CESARITO

Venta de Abarrotería en General

Prop: *Cesar Augusto Durón Molina*

Crédito

Email: *cesaradmolina@gmail.com*

Contado

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

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

DIA	MES	AÑO
<i>30</i>	<i>09</i>	<i>24</i>

Cliente: *Alcaldia Municipal de Yamaranguila*

Dirección: *B- San Carlos.*

R.T.N.: *10169003429966*

Tel. _____

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
<i>3</i>	<i>Pqtes papel 1000h.</i>	<i>70.00</i>		<i>210.00</i>
<i>1</i>	<i>bolsa Ase. 700 Gramos</i>	<i>28.06</i>		<i>28.06</i>

CAI: 8CEB79-088B25-DF448D-365432-E33D9C-CC
Fecha Límite de Emisión: 09/05/2025
Rango Autorizado:
000-001-01-00006401 al 000-001-01-00007000
Fecha de Recepción: 09/05/2024

TOTAL L. *238.06*

VALOR EN LETRAS: *Docientos
Trenta y ocho con 0.06/100.*

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

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	<i>0.00</i>
IMPORTE GRAVADO 15% L.	<i>207.01</i>
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
I.S.V. 15% L.	<i>31.05</i>
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	<i>238.06</i>

FACTURA

000-001-01-00 **No 006900**

Original: Cliente Copia 1: Obligado Tributario Emisor



Pago de elementos de aseo personal como Ser (papel higienico, Acel. **30/09/24**)

39100. Elementos de limpieza y Aseo personal.