

Reposiciones del Fondo en Avance de Caja Chica

Honduras, C.A.

Moneda: Lempiras (L)

Expediente No.: 25

No. Rendición: 8453951

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DEL GASTO	SUB-TOTAL	TOTAL	RETENCIONES	LIQUIDO
SERIE: 264424	NUMERO: N/A				
03 00 000 001 000 31110 11-001-01	Pago por alimentación consumida por el encargado la una trasladarse a la ciudad de santa rosa la regional agraria zona occidente.	185.00			
		Total Factura:	185.00	0.00	185.00
SERIE: 2406	NUMERO: N/A				
03 00 000 001 000 31110 11-001-01	Pago por compra de alimentacion consumidas por personas que se trasladaron a la labor a capacitación de la elaboración del pdm.	490.00			
		Total Factura:	490.00	0.00	490.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	600.00			
		Total Factura:	600.00	0.00	600.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	600.00			
		Total Factura:	600.00	0.00	600.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	800.00			
		Total Factura:	800.00	0.00	800.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00



Reposiciones del Fondo en Avance de Caja Chica

Honduras, C.A.

Moneda: Lempiras (L)

Expediente No.: 25

No. Rendición: 8453951

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DEL GASTO	SUB-TOTAL	TOTAL	RETENCIONES	LIQUIDO
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 001 000 001 47110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	900.00			
		Total Factura:	900.00	0.00	900.00
SERIE: N/A	NUMERO: N/A				
11 02 000 002 000 55110 11-001-01	Pago por apoyo económico a persona de escasos recursos para compra de medicamentos y elaboración de exámenes.	625.00			
		Total Factura:	625.00	0.00	625.00
				Total:	15,000.00

Fuente Especifica	Nombre de la Fuente	Monto Total
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	15,000.00
Total Fuentes Especificas:		15,000.00

RETENCIONES	
Código	Monto
Total Retenciones:	0.00

0s+js/j9Jme5QpEzNI0JrI2yla2YsePnqYjh3KXQzGAlZs015vrkc7oBkRRFWVOZ45jH45jkwitJd8rNif0Ww4aAGxSPjPNHV+9RBTa985y5kjqeAfltrg==

Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización (SGJD)
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)
Proyecto FOCAL4

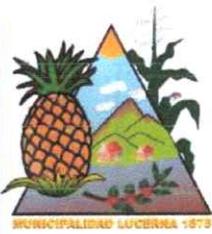
Ficha de Evento

- Nombre del Evento: Inducción metodológica para la reformulación de los PDM.
- Lugar: Salón de eventos de la Mancomunidad Guisayote.
- Fecha: jueves 11 y viernes 12 de Julio del 2024
- Horario: De 9:00 A.M hasta 4:00 P.M.
- Participantes: Técnicos de la mancomunidad Guisayote técnicos municipales.
- Patrocinador: Proyecto de Mejoramiento de la Planificación Municipal Participativa, Vinculada a los ODS (FOCAL4).
- Coordinador: Filiberto Lopez, Técnico de la DPGL.
- Facilitador: Jorge A. Cálix / FOCAL4
- Objetivos:
- General: Que los participantes conozcan la lógica metodológica y los escenarios para la reformulación de los Planes de Desarrollo Municipal y estén en condiciones de aplicarla.
- Específicos:
- Realizar un refrescamiento sobre aplicación del proceso metodológico del PDM.
 - Reflexionar sobre los conceptos básicos, objetivos y condicionantes para la reformulación de los PDM.
 - Conocer los lineamientos generales del proceso metodológico para la reformular los PDM.
 - Compartir y reflexionar sobre el proceso metodológico de la reformulación: Desde los III escenarios para la reformulación: Escenario I desde los PDC, Escenario II desde los PZT y Escenario III desde gabinete.
 - Preparar el Plan de trabajo – presupuesto para el proceso de reformulación en cada uno de los municipios.

Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización (SGJD)
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)
Proyecto FOCAL4

Ficha de Evento

No	Actividad	Hora	Metodología	Logística	Responsable
	Jueves 11 de Julio				
	Palabras de bienvenida	1:00 – 1:10 p.m.	Expositivo		Gerente
	Autopresentación y expectativas	1:10 – 1:25 p.m.	Individual		Jorge Cálix
	Objetivos y metodología del evento	1:25 – 1:35 p.m.	Expositivo	Programa	Idem
	Proceso metodológico general para formulación de los PDM	1:35 – 3:15 p.m.	Exposición dialogada	Presentación Power Point	Idem
	Receso	3:15 – 3:30 p.m.			
	Conceptos básicos, objetivos y condicionantes para la reformulación de los PDM	3:30 – 4:20 p.m.	Exposición dialogada	Presentación Power Point	Idem
	Lineamientos generales del proceso metodológicos para reformular PDM.	4:20 – 5:00 p.m.	Exposición dialogada	Data Show	Idem
	Viernes 12 de Julio				
	Repaso día anterior	8:00 – 8:15 a.m.	Plenaria		Idem
	Presentación, reflexión y ejercicio sobre el escenario I: Desde los PDC	8:15 – 10:00 a.m.	Expos dialog Trab. grupos	Data Show Herramientas	Idem
	Receso	10:00 – 10:15 a.m.			
	Continúa trabajo de grupos / plenaria	10:15 – 11:00 a.m.	Trab. grupos y plenaria	Herramientas	Idem
	Presentación y reflexión sobre el escenario II: Desde los PZT	11:00 – 12:00 p.m.	Trab. grupos	Data Show	Idem
	Almuerzo	12:00 – 1:00 p.m.			
	Continúa trabajo de grupos / plenaria	1:00 – 2:00 p.m.	Trab. grupos y plenaria	Herramientas	Idem
	Presentación y reflexión sobre el escenario III: Desde Gabinete	2:00 – 2:45 p.m.	Exposición dialogada	Data Show	Idem
	Receso	2:45 – 3:00 p.m.			
	Preparación plan de trabajo de cada municipio	3:00 – 4:15 p.m.	Trab. grupos	Herramienta	Idem
	Presentación carta de compromiso.	4:15 – 4:40 p.m.	Plenaria	Data Show	Idem
	Acuerdos y compromisos	4:40 – 4:50 p.m.	Plenaria	Data Show	Idem
	Cierre del evento	4:50 – 5:00 p.m.			Gerente



MUNICIPALIDAD DE LUCERNA DEPARTAMENTO DE OCOTEPEQUE



HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA





**MUNICIPALIDAD DE LUCERNA
DEPARTAMENTO DE OCOTEPEQUE**



SOLICITUD

Santa Rosa de Copan, 16 de julio del año 2024.

**Lic. Jimmy Sanabria
Jefe Regional Agrario Zona Occidente
Su oficina**

Es grato saludarle y enviar muestras de admiración y respeto.

Por medio de la presente Solicitamos los mapas CK33, CK43, CK32, y CK34, por motivo de delimitación de los municipios de Lucerna Ocotepeque y Sensenti Ocotepeque.

Sin más que argumentarle, esperando una respuesta pronta y positiva.

Att:

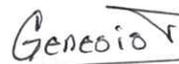


José Belarmino Velázquez
Jefe de Catastro



Oscar Danilo Perdomo
Unidad Municipal Ambiental


Orlando Antonio Portillo
Regidor V

Recibi en Secretaria Regional
el 16/07/24 siendo las 10:00 a.m.
Genesis 


ZOTZ

BAR Y RESTAURANTE ZOTZ S. DE R.L.

RTN:04019004012378

Barrio Santa Teresa, Calle Real Centenario,

Frente a Tiendas Maresty, Santa Rosa de Copan

Honduras, C.A.

TEL.:2662-0829

Email: restaurantezotz@hotmail.com

CAI

F2FEAB-4E2525-204EAD-BFDE88-ADD771-E1

Caja No.: 2 CAJA NO.2

Emission.: 16/07/24 Hora: 10:16:54

Factura de: CONTADO

FACTURA NO.: 000-001-01-00264424

Cliente:MUNICIPALIDAD LUCERNA OCOTEPEQUE

Rtn.....:14089995431554

O/C Excenta No.:

Constancia Excenta No.

Registro SAG No.:

Descripción	Cant	Precio	Total
-------------	------	--------	-------

PLATO BUFFET POLLO 2			
----------------------	--	--	--

1.00 x	185.00	185.00
--------	--------	--------

SubTotal L: 180.87

Descuento y Rebaja: 0.00% L: 0.00

Servicio L: 0.00

Isv [0.00%] L: 0.00

Isv [15.00%] L: 24.13

Isv [18.00%] L: 0.00

Total Factura L: 180.00



Recibido: 180.00

5.00

Orden :

Colaborador: GLA...

Mesa : Mesa No. ...

Son:

CIENTO OCHENTA Y CINCO con 0/100 ctvos.

MAKTUB
 Prop. AGUILAR HERNANDEZ MARIA ANTONIA
 Barrio El Centro, Calle Principal, La Labor,
 Quetzaltenango
 R.T.N. 16131966007966
 TEL: +504 2262 6324
 Email: mariaguilar66@hotmail.com

Fecha : 11/07/2024 12:44:38
Factura: 000-002-01-00019430
 CONTADO No. : 0000002406
 R.T.N. : 14089995471554
 Cliente : ALCALDIA MPAL. LUCERNA OCOT.

Descripción	Cnt/P.U.	Importe
G FRAPPE DE FRESA 12 OVS	3 x 20.00	L. 210.00
G SANDWICH	1 x 80.00	L. 80.00
G PACHO CON QUESO Y POLLO	2 x 100.00	L. 200.00

Importe Exento L. :	0.00
Importe Exonerado L. :	0.00
Importe Gravado 15% L. :	426.09
Importe Gravado 18% L. :	0.00
Descuentos y Rebajas L. :	0.00
Sub Total L. :	426.09
ISV 15% L. :	63.91
ISV 18% L. :	0.00

Total Factura L. : 490.00

SON CUATROCIENTOS NOVENTA LEMPIRAS EXACTOS

Efectivo L. :	490.00
Tarjeta L. :	0.00
	0.00
Su Cambio L. :	0.00

Información Régimen Fiscal

CAJ: 045678-7E006-02488-78039A-115A01-01
 Rango: 000-002-01-00018001 A LA
 000-002-01-00020000
 Fecha Límite de Emisión: 16/10/2025
 Ord. Compra Exenta:
 No. Registro SAO:
 Correlativo constancia registros
 exonerados.

Todo impuesto que
 la Factura es beneficiaria
 (Muchas gracias)
 (Le copiamos)
 Atendió: CAJA, MAKTUB
 Web:
 Original : Cliente
 Copia : Obligación tributaria



SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Jose Lucio Coto
con tarjeta de identidad: 1408-1945-00012
Edad: _____ Estado civil: Soltero Comunidad:
Junta de los caminos Número de hijos (0)
Ocupación: Agricultor miembros que tiene
su familia: 1. (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda ayudar con lo siguiente:

Apoyo para la compra de medicamentos y exámenes.
ya que se encuentra mal de salud y no cuenta
con apoyo familiar.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocatepeque
a los 25 días del mes de Julio del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente



Firma o Huella Dactilar
Solicitante

Jose Luis (oto)

1900-1945-00012

299

25107124

- Rayos X de Cadera

DR. INF. CARLOS EDUARDO RIVAS JEREZANO
Médico en Servicio Social
NO. 06052421552
Válido hasta el 05 Noviembre de 2024
COLECCIÓN MÉDICO DE HONDURAS



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Novcientos Lempiras exactos

Por Concepto de:

Compra de medicamentos y exámenes

Lucerna Ocotepeque 25 de Julio del 2024.



Firma o Huella



Nombre: Jose Lucio coto

Nº De Identidad 1408-1945-00072



SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Cindy Fabiola Lara Hernandez

con tarjeta de identidad: 0401-1995-60037

Edad: _____ Estado civil: Casada Comunidad:
Casco Urbano Número de hijos (2)

Ocupación: Ama de casa miembros que tiene
su familia: 4. (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me
pueda ayudar con lo siguiente:

Compra de medicamentos y exámenes médicos.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocatepeque
a los 23 días del mes de Julio del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente



Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Navcientos Lempiros exactos

Por Concepto de:

exámenes medicos y compra de
medicamentos

Lucerna Ocotepeque 24 de Julio del 2024.



Firma o Huella



Nombre: Andy Fabiola Lara

Nº De Identidad 0401-1995-00037

Fecha 23, 07, 2014 Número: 82660 ES: La Nta RED: 14

REFERENCIA/RESPUESTA A:

ESTABLECIMIENTO:	<u>HBAJMD</u>
AL SERVICIO DE:	<u>Pediatría / Emergencias</u>
DIRECCIÓN:	<u>SMD</u>
PARA:	<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input checked="" type="checkbox"/> TRATAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN



¡¡¡¡¡ IMPORTANTE !!!

LEA ESTO

**ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
INDISPENSABLE PARA SU SALUD**

**ES IMPORTANTE QUE CUMPLA BIEN LAS
INDICACIONES QUE LE DIERON**

**PRESENTARSE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
INMEDIATAMENTE O COMO LE INDICARON**



SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Serafin Mejia
con tarjeta de identidad: 1408-1948-00060
Edad: 76 Estado civil: Soltero Comunidad:
Casco Urbano Número de hijos (0)
Ocupación: Agricultor miembros que tiene
su familia: 1. (Anexo al reverso de la presente solicitud)
Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me
pueda ayudar con lo siguiente:

Apoyo con compra de medicamentos y exámenes
medicas, ya que soy de escasos recursos.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocotepeque
a los 06 días del mes de Agosto del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente



Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Novecientos Lempiros

Por Concepto de:

Exámenes médicos y compra de
medicamentos.

Lucerna Ocotepeque 06 de Agosto del 2024.



Firma o Huella

Nombre: Serafin Mejia 

Nº De Identidad 1408-1948-00060 



SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Hector Emilio Lara Moreno
con tarjeta de identidad: 1408-1973-00079
Edad: 51 Estado civil: union libre Comunidad:
Barrancas Adentro Número de hijos (6)
Ocupación: Agricultor miembros que tiene
su familia: 7. (Anexo al reverso de la presente solicitud)
Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me
pueda ayudar con lo siguiente:

Apoyo con compra de medicamento y realizacion
de exámenes medicos, No cuento con dinero y
nesecito apoyo.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocatepeque
a los 09 días del mes de septiembre del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente

Hector Emilio Lara

Firma o Huella Dactilar
Solicitante

Miembros de mi familia

Nombre Completo Dilcio Maribel Lara

Edad 25

Parentesco hijo

Nombre Completo Jose Nahun Lara

Edad 22

Parentesco hijo

Nombre Completo Leidy Yojani Lara

Edad 18

Parentesco hijo

Nombre Completo Elsito Brianey Lara

Edad 20

Parentesco hijo

Nombre Completo Paola Lara

Edad 15

Parentesco hijo

Nombre Completo Dilmer Emilio Lara

Edad 8

Parentesco hijo

Aspectos de mi vivienda:

La vivienda es: Propia () Alquilada () Tiempo de vivir en la Vivienda: _____

Terreno: Propio () Municipal () Otros () _____

Condiciones de la vivienda:

Techo en mal estado () vivienda sin techo ()

Paredes sin repello ()

Tipo de construcción de la vivienda

Paredes: _____ Techo: _____

Piso: _____

Servicios Básicos: Agua Potable () Energía Eléctrica () Alcantarillado ()

Letrina Simple () Servicio Sanitario ()



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Novecientos Lempiras exactos

Por Concepto de:

Compra de medicamentos y exámenes médicos.

Lucerna Ocotepeque 09 de Sep del 2024.

ector Emilio Lara

Firma o Huella

Nombre: ector Emilio-lara

Nº De Identidad _____



SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Luis Alonso Villanueva
con tarjeta de identidad: 0420-7979-60069
Edad: 51 Estado civil: Casados Comunidad:
Cacca Urbano Número de hijos (1)
Ocupación: Agricultor miembros que tiene
su familia: 3. (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda ayudar con lo siguiente:

Apoyo para compra de medicamento y realización de exámenes médicos.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocotepaque a los 16 días del mes de Julio del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención brindada.

Atentamente

Luis Alonso Villanueva

Firma o Huella Dactilar

Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 600

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Siescientos Lempiras

Por Concepto de:

Compra de medicamento y exámenes
médicos.

Lucerna Ocotepeque 16 de Julio del 2024.

Luis Alonso Villeda

Firma o Huella



Nombre: Luis Alonso Villeda

Nº De Identidad 0420197900009



Katerin Maydy Palencia
9 años

M09-2014-00030
15107124

Paciente con diagnóstico de
Cardiopatía congénita, que necesita
valoración por Cardiología Pediatría

DR. INF. CARLOS EDUARDO RIVAS JEREZANO
Médico en Servicio Social
NO: 06052421552
Válido hasta el 05 Noviembre de 2024
COLEGIO MEDICO DE HONDURAS



PRESCRIPCIÓN MÉDICA



PACIENTE Katerin Maydy Palencia Amador EDAD 9 años FECHA 10/04/2024

RX.

Paciente con soplo grado III, intensificado
desde el nacimiento sin valoración cardiológica
previa

Dño. Paqapago # 2662 1904
9877 4307



DR/DRA: Dño. Paqapago



Referencia y Respuesta

 Referencia

 Respuesta

Primer Apellido: Potencio		Segundo Apellido: Amador		Nombres: Katein Mayoly		Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	
N° de expediente: 1408201400030		N° Identidad: 1408201400030		Edad: 9 años			
Dirección: Colonia Barrío San José,		Ciudad Wucreo Orotocuque		Municipio		Departamento	
Correo Electrónico:		Acompañante		Parentesco		Teléfono 97188101	
Nombre del establecimiento que refiere/responde: HBSMO		Red: Institución: SESAL <input checked="" type="checkbox"/>		Moto del Comen		Moto	
		Privado <input type="checkbox"/> IHSS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Otro: _____		Gestor		Centralizado <input checked="" type="checkbox"/> Descentralizado <input type="checkbox"/>	
Motivo del envío		Diagnóstico <input checked="" type="checkbox"/>		Tratamiento <input type="checkbox"/>		Seguimiento <input checked="" type="checkbox"/>	
		Rehabilitación <input type="checkbox"/>		Describe:			
Signos y síntomas principales: Paciente con 9 años de edad con ortopedia							
Resumen de datos clínicos: de 3 años desde el nacimiento son más							
activamente con hitos de desarrollo de motricidad o grandes							
cabezas, + palpaciones, a lo largo como con							
2 años grado III.							
Signos vitales:		F/A 90/60		FR: 20x		P/FC: 10w' T°: 36.8	
Datos gineco obstétricos		FUM:		FPP:		E: P: C: HV: HM: O: A:	
Cabeza: normales							
ORL: C/E normales							
Ojos: sin luz no reacciona							
Cuello: sin luz no reacciona							
Tórax: 2 años grado III							
Abdomen: blanco duro							
Genitales: sin luz							
Extremidades: sin luz							
Neurológico: grupos IS.							
Resultados de exámenes complementarios: Se solo examen						Evaluación de Riesgo	
						Con Riesgo <input type="checkbox"/>	
						Sin Riesgo <input type="checkbox"/>	
Impresión diagnóstica: Cardiopatía congénita en Estadio							
Recomendaciones/Observaciones: * Se de caución a lo más.							
Referido responde a: <input type="checkbox"/> UAPS <input checked="" type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico				Amerita atención en:			
Hospital: UIS Wucreo				<input checked="" type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización			
Nombre del establecimiento al que se refiere o responde UIS Wucreo				<input type="checkbox"/> Otros, especifique:			
Se contactó al establecimiento al que se remitirá o responderá <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:				Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta Día: 10 Mes: 07 Año: 2014 Hora: 12:00			
Referencia/Respuesta elaborado por: <input type="checkbox"/> Médico General <input checked="" type="checkbox"/> Médico especialista <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar enfermería <input type="checkbox"/>				Nombre, firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta Dra. Vojuel			
Otro(especifique):				Fecha y hora de recibo de la referencia o respuesta			
Cita al servicio de: Día: Mes: Año: Hora:				Día: Mes: Año: Hora:			
Este campo Es para ser llenado exclusivamente por el establecimiento de salud que recibe la referencia							
Referencia: Oportuna		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Justificado		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
							HC-10

SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Omar Rolando Mejia Lara
con tarjeta de identidad: 1408-1967-00055
Edad: 57 Estado civil: Soltero Comunidad:
Casco Urbano Lucerna Número de hijos (2)
Ocupación: Agricultor miembros que tiene
su familia: 3. (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda ayudar con lo siguiente:

Apoyo con la compra de medicamento y
realización de exámenes médicos, ya que me
encuentro mal de salud.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocotepeque
a los 30 días del mes de Julio del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente

Omar Rolando Mejia Lara
Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Novcientos lempiras exactos

Por Concepto de:

Compra de medicamento y exámenes
Medicos

Lucerna Ocotepeque 30 de Julio del 2024.

Omar Roberto Mejía Larín

Firma o Huella



Nombre: _____

Nº De Identidad 1408-1967-00055

Referencia y Respuesta				Referencia <input checked="" type="checkbox"/>	Respuesta <input type="checkbox"/>
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre (s)	
Mejia		Lara		Omar Felando	
No. de expediente:		No. de identidad:		Edad:	
14		1409-1467 0055		66a	
Dirección: Colonia		Ciudad		Municipio	
Do. Las Brisas		Luzern		Wienro	
Departamento		Teléfono			
Ocebaque		9701-3540			
Correo Electrónico:		Acompañante		Parentesco	
Nombre del Establecimiento que refiere/responde:		Red:		Institución:	
UAPS Luzern		14		Comer Lara Made	
		Institución: <input checked="" type="checkbox"/> SESAL <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>		Omyda Lara Herrera	
		IHSS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/>		Gestor	
		Otro <input type="checkbox"/>		Centralizado <input type="checkbox"/>	
				Descentralizados <input checked="" type="checkbox"/>	
				Establecimiento que refiere o responde: <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/>	
				Seguimiento: <input type="checkbox"/>	
				Rehabilitación: <input type="checkbox"/>	
Describa:					
Signos y Síntomas principales: Trauma en dedo índice mano izquierda					
Resumen de datos clínicos: Paciente con antecedente de DM tipo 2 hace ± años tratado con metformina. Hace 12 días sufrió trauma en dedo índice de mano izquierda la cual le causó cambios inflamatorios y reactivos. Actualmente herido inflamado, con cambios reactivos, se observan paronquios de hueso					
Signos Vitales P/A: 120/80 mmHg FR: 18rpm P/FC: 81/1pm T°: 36.9°C Peso: 65kg Talla: 1.61					
Datos Gineco Obstétricos: FUM: N/A FPP: N/A E: - P: - C: - HV: - HM: - O: - A: -					
Cabeza: Normocefalia sin alteraciones					
ORL: Mucosa oral hidratada, sin lesiones					
Ojos: sin alteraciones					
Cuello: sin alteraciones					
Tórax: Ruidos de buen tono sin ruidos anormales. Pulmones limpios bien ventilados					
Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación					
Genitales: no evaluado					
Extremidades: Manos simétricas. Dedo índice con reactivos e inflamación					
Neurológico: Clasificación B15					
Evaluación de Riesgo					
Resultados de exámenes complementarios: N/A					
Con Riesgo <input type="checkbox"/>					
Sin Riesgo <input type="checkbox"/>					
Impresión Diagnóstica: 1. DM tipo 2					
2. Gangrena de dedo índice mano izquierda					
Recomendaciones/observaciones: se recomienda evaluación por cirugía ortopédica					
Referido/Responde a:			Aporta atención en:		
UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, especifique <input checked="" type="checkbox"/>			Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/>		
Otros, especifique:					
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde:			Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta		
HBSNO			Día: 30 Mes: Julio Año: 2024 Hora: 10:30		
Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá			Nombre y cargo de la persona contactada:		
Si: <input type="checkbox"/> No: <input checked="" type="checkbox"/> Especifique:					
Referencia/Respuesta <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista <input type="checkbox"/>			Nombre, Firma y sello del que elabora la referencia/respuesta:		
Elaborado por: Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería <input type="checkbox"/>					
Otro, Especifique:					
Cita al servicio de:			Fecha y hora de recibo de la referencia o respuesta:		
Día: Mes: Año: Hora:			Día: Mes: Año: Hora:		
Este campo es para ser llenado exclusivamente por el Establecimiento de Salud que recibe la referencia.					
Referencia: Oportuna: Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> Justificada: Si: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>					
HC-10					

Maria Albertina

Maria

1915 1950 00050

18-7-24.

(1) Homograms

(2) Urea

(3) BUN

(4) Creatinine





Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Navcientos lempiras

Por Concepto de:

Aporte economico para realizar
exámenes medicos recetados
por problemas de salud

Lucerna Ocotepeque 18 de Julio del 2024.



Firma o Huella



Nombre: Maria Albertina

Nº De Identidad 1711 1750 00050

SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Maria Albertina Mejia con tarjeta de identidad: 1415 1950 00050 y de este municipio solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda ayudar con lo siguiente:

Aporte economico para realizar examen medicos recetados por problemas de salud

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocotepeque los 18 días del mes de Julio del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención brindada.

Atentamente



Firma o Huella digital
Solicitante

SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Glenda Maribel Mejía Pochillo
con tarjeta de identidad: 1408-1993-00094
Edad: 29 Estado civil: Unión Libre Comunidad:
Las Colmenas Número de hijos (1)
Ocupación: Amadora miembros que tiene
su familia: . (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda ayudar con lo siguiente:

Solicito el apoyo para transporte o pasajes para
llevar a mi hijo a la telefón a realizar su cita
Medica

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocotepeque
a los 29 días del mes de Julio del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente

Glenda Maribel Mejía 
Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 600.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Seiscientos Lempiras exactos

Por Concepto de:

pasajes para llevar a su hijo a la
telefon.

Lucerna Ocotepeque 29 de Julio del 2024.

Glenda Maribel Mesia

Firma o Huella

Nombre: _____

Nº De Identidad 1408 7993-00094





FUNDACIÓN TELETÓN HONDURAS

CITAS Y HOJAS INFORMATIVAS

Nombres y Apellidos		Orlin Johan Roberto Mejia	
No. Identidad	0401-2016-00111	Fecha	6/2/2024
No. Expediente	30,183	No. Celular	9605-9657 (20) 9281-0623

¡NO PIERDA SUS CITAS!

Fundación Teletón hace todo lo posible por agrupar sus citas de manera que Ud. tenga el mejor esquema de tratamiento en forma oportuna y de acuerdo a su condición de salud. Las ausencias afectan la continuidad del tratamiento, trastornan nuestras jornadas de trabajo y evita a otras personas la posibilidad de obtener una cita. **Las citas perdidas no son reagendadas.**

¡Acuda puntualmente a todas sus citas médicas y terapéuticas!



¡AYÚDENOS A AYUDARLE!

usted sigue las instrucciones de su médico y terapeuta, su recuperación será más rápida. Las personas atendidas suelen pensar que vienen a Teletón a que "les hagan la terapia", usted viene a aprender sobre el manejo de su condición. El terapeuta será su instructor durante la terapia, pero también le indicará que técnicas y ejercicios deberá continuar en casa



Para la gestión de citas nuevas contáctanos a nuestro WhatsApp  **9442-3554**

Para consultas llámanos a nuestro **PBX: 2247-3460**



DESCARGA NUESTRA APP MÓVIL

SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Maria Espectación Valle Melara
con tarjeta de identidad: 1413-1995-00387
Edad: 28 Estado civil: Viuda Comunidad:
de los Samates Número de hijos (2)
Ocupación: Ama de casa miembros que tiene
su familia: 3. (Anexo al reverso de la presente solicitud)
Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me
pueda ayudar con lo siguiente:
Apoyo para compra de medicamento.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocatepeque
a los 22 días del mes de Julio del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente

Maria Espectación Valle
Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 800

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Ochocientos Kempiras exactos

Por Concepto de:

Compra de medicamentos y realizarse
exámenes médicos.

Lucerna Ocotepeque 22 de Julio del 2024.

María espectación

Firma o Huella



Nombre: María espectación vaye

Nº De Identidad Mar (1413 19950038) 7

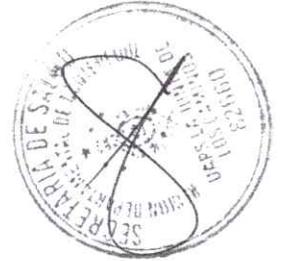
Mara Espectacion valle
27/05/2024

- Cetoskew
- Tringuleros
- H. pylori en H



Mara Espectacion valle
01-07-24

Helicobacter pylori



Mara Espectacion valle
1-07-2024

- US 6
- Abdominal
- Total



Mara Espectacion valle
27/05/20

- US 6
- Abdominal
- Total



Mary

SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Marina Isabel Portillo Mejia
con tarjeta de identidad: 1408-1979-20746
Edad: _____ Estado civil: union libre Comunidad:
La Concordia Número de hijos (3)
Ocupación: Ama de casa miembros que tiene
su familia: 4. (Anexo al reverso de la presente solicitud)
Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me
pueda ayudar con lo siguiente:

Apoyo con compra de medicamento y realizacion
de exámenes medicos.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocatepeque
a los 14 días del mes de Agosto del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente

marina isabel
Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepique

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Novecientos Lempiras exactos

Por Concepto de:

Compra de medicamentos y examen
medico.

Lucerna Ocotepique 14 de Agosto del 2024.

marina isabel

Firma o Huella

Nombre: marina isabel

Nº De Identidad _____

SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Armando Antonio Espinoza
con tarjeta de identidad: 1408-1992-00104
Edad: _____ Estado civil: Soltero Comunidad:
Casco urbano Número de hijos (1)
Ocupación: Agricultor miembros que tiene
su familia: _____. (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda
ayudar con lo siguiente:

Salicitar su apoyo con compra de medicamento y
realizacion de exámenes medicos.

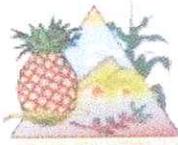
Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocotepeque
a los 23 días del mes de Septiembre del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus
atenciones brindadas.

Atentamente

Armando A. Espinoza

Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Novecientos Lempiras exactos.

Por Concepto de:

Compra de Medicamentos y exámenes
medicos.

Lucerna Ocotepeque 23 de Sep del 2024.

Armanda A Espinoza

Firma o Huella



Nombre: Armanda A. Espinoza

Nº De Identidad 1408-1992-00704

DR. OSCAR ARMANDO PONCE BARAHONA

Neurólogo Pediatra

Universidad Nacional Autónoma de México
Egresado del Hospital Infantil de México Federico Gómez
Máster en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
Máster en Estimulación Temprana



Nombre:

Rx

Armando Antonio Espinoza Lara

Edad: 11c

Peso: 65kg

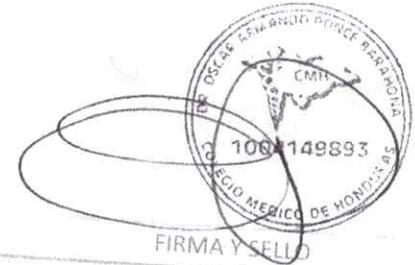
Fecha: 12/4/24

Hemograma Completo

Tco | TcP

Na sérico

Plaza Médica Integral
9981 - 4627



FIRMA Y SELLO

(+504) 9668-5162
neuropediahn@icloud.com
Siguenos @neuropediahn

Colegiado N°: 1004149893
Certificado por el Colegio Médico de Honduras

SOLICITUD DE AYUDA

Señor

Alcalde Municipal

Yo Maria Paula Taboro

con tarjeta de identidad: 0403-1972-00082

Edad: 52 Estado civil: Casada Comunidad:

Dormitorio Número de hijos (7)

Ocupación: Amade casa miembros que tiene su familia: 4. (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda ayudar con lo siguiente:

Para la compra de medicamento y exámenes medicos.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocotepeque a los 11 días del mes de Septiembre del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención brindada.

Atentamente

Maria Paula Taboro

Firma o Huella Dactilar

Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Novecientos lempiras exactos

Por Concepto de:

Compra de medicamento.

Lucerna Ocotepeque 11 de sep del 2024.}



Maria Paula Fabora

Firma o Huella

Nombre: Maria Paula Fabora

Nº De Identidad 0403 1972 00082

SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Mana del carmen Juliana Reyes
con tarjeta de identidad: 0402-1989-00069
Edad: _____ Estado civil: Soltera Comunidad: Santa Rosita
Número de hijos (3)
Ocupación: Ama de casa miembros que tiene
su familia: 4. (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda ayudar con lo siguiente:

Apoyo con compra de medicamentos y para realizarme exámenes.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocatepeque
a los 11 días del mes de September del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente



Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Novecientos Lempiros (examen)

Por Concepto de:

Compra de medicamentos y exámenes.

Lucerna Ocotepeque 11 de Sep del 2024.



Firma o Huella



Nombre: _____

Nº De Identidad 8462-1989-00069

SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Juventina Carvajal Espinoza
con tarjeta de identidad: 1408-1994-00046
Edad: _____ Estado civil: Union Libre Comunidad:
del Higón Número de hijos (3)
Ocupación: Ama de casa miembros que tiene
su familia: 5. (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda ayudar con lo siguiente:

para la realizacion de unos exámenes medicos de
Tiroides, ya que me encuentro mal de Salud.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocoatepeque
a los 16 días del mes de Agosto del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente

Juventina Carvajal
Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Novecientos Lempiros exactos

Por Concepto de:

Compra de medicamentos y exámenes.

Lucerna Ocotepeque 16 de Agosto del 2024.

Juventina Cayvajal

Firma o Huella



Nombre: Juventina Cayvajal

Nº De Identidad _____

SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Maria Isabel Mendez Franco
con tarjeta de identidad: 0412-2003-00238
Edad: 21 Estado civil: Soltera Comunidad:
Junta de los Caminos Número de hijos (1)
Ocupación: Ama de casa miembros que tiene
su familia: 2. (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me
pueda ayudar con lo siguiente:

Apoyo para la realizacion de exámenes medicos
a mi hijo de 2 años con 4 meses, quien esta
mala de salud y no cuenta con dinero para hacerle
los exámenes

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocotepique
a los 17 días del mes de Julio del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente

Maria Isabel Mendez

Firma o Huella Dactilar

Solicitante



Fátima Pena.

- Hemograma completo

- ECG.

- H. pylori





Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepeque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Novecientos Lempiras

Por Concepto de:

Compra de medicamentos y exámenes.

Lucerna Ocotepeque 17 de Julio del 2024.

Maria Izabel Mendes

Firma o Huella



Nombre: Maria Izabel Mendes

Nº De Identidad 0412-2003-00238

No. _____

DIA	MES	AÑO
17	07	24

Por L. 269=

Recibí de: La Alcaldía Municipal
La Cantidad de: doscientos sesenta y nueve. Lempiras
Por Cuenta de: medicamento.

Sal. Ant. _____
Abono _____
Saldo _____


FIRMA

SOLICITUD DE AYUDA

Señor
Alcalde Municipal

Yo Nefer Varela Ramos
con tarjeta de identidad: 1617-1987-00367
Edad: _____ Estado civil: Unión libre Comunidad:
Casco urbano Número de hijos (2)
Ocupación: Ama de casa miembros que tiene
su familia: 3. (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda ayudar con lo siguiente:

Su apoyo con compra de medicamento y exa-
menes medicos, ya que no cuento con recursos
para comprarlos.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocotepeque
a los 13 días del mes de Agosto del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención
brindada.

Atentamente

N e f e r V a r e l a
Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad de Lucerna, Departamento Ocotepaque

Teléfono 9708-2827

Correo electrónico muni.lucerna@yahoo.com

Por: 900.00

Recibí de Tesorería Municipal la Cantidad de:

Por Concepto de:

Lucerna Ocotepaque _____ de _____ del 2024.

Nefer Varela

Firma o Huella

Nombre: _____

Nº De Identidad _____

SOLICITUD DE AYUDA

Alcalde,

Señor
Alcalde Municipal

Yo Jose Mauricio Mejia
con tarjeta de identidad: 1408-2001-00097
Edad: _____ Estado civil: Union Libre Comunidad: La Dorada
Número de hijos: (3)
Ocupación: Agricultor miembros que tiene su familia: _____ (Anexo al reverso de la presente solicitud)

Solicito apoyo de parte de la municipalidad para se me pueda ayudar con lo siguiente:

Su apoyo con compra de medicamento para uno de mis hijos y para realizarle exámenes médicos.

Municipalidad de Lucerna del departamento de Ocotepaque a los 20 días del mes de Septiembre del año 2024.

Quedando de usted totalmente agradecido por sus atención brindada.

Atentamente

Jose mauricio media/vazquez
Firma o Huella Dactilar
Solicitante



Municipalidad De Lucerna

Departamento De Ocotepeque

HONDURAS

Recibo

La Municipalidad de Lucerna, Ocotepeque, por medio de la presente **HAGO CONSTAR QUE:**
Recibí del **Alcaldía Municipal**, los siguientes materiales, mismos que me comprometo a darle buen uso y cuidado.

Cantidad: 625 Lempiras

Nombre: _____

Identidad: _____

Concepto: _____

Para Fines del interesado recibo la presente en el Municipio de Lucerna, Departamento de Ocotepeque a los _____ días del mes de _____ del año 2024.

Jose mauricio maria vazquez

FIRMA Y SELLO



