



COMBUSTIBLE DEL MES DE ABRIL 2024 DE LA MUNICIPALIDAD DE SAN AGUSTIN COPAN

NOMBRE DEL DESTINATARIO	MONTO AFECTADO	FECHA	VEHICULO		DESCRIPCIÓN DEL GASTO
			PLACA	DESCRIPCIÓN	
MAINOR REYES	00.00	03/04/2024	NO TIENE	AMBULANCIA	VIAJE A DULCE NOMBRE A TRASLADAR PACIENTE A CLINICA PRIVADA SAN RAFAEL.
MAINOR REYES	1275.10	04/04/2024	NO TIENE	AMBULANCIA	VIAJE A SANTA ROSA A TRASLADAR PACIENTE AL HOSPITAL DE OCCIDENTE.
MAINOR REYES		05/04/2024	NO TIENE	AMBULANCIA	VIAJE A SANTA ROSA A TRASLADAR PACIENTE AL HOSPITAL DE OCCIDENTE.
MAINOR REYES		06/04/2024	NO TIENE	AMBULANCIA	VIAJE A SANTA ROSA A TRASLADAR PACIENTE A CLINICA PRIVADA.
KELVIN AGUILAR	970	10/04/2024	NO TIENE	AMBULANCIA	VIAJE A SANTA ROSA A TRASLADAR PACIENTE A CLINICA PRIVADA RAFABIAN.



NOMBRE DEL DESTINATARIO	MONTO AFECTADO	FECHA	VEHICULO		DESCRIPCIÓN DEL GASTO
			PLACA	DESCRIPCIÓN	
MAINOR REYES	00.00	13/04/2024	NO TIENE	AMBULANCIA	VIAJE A SANTA ROSA A TRASLADAR PACIENTE AL HOSPITAL DE OCCIDENTE.
MAINOR REYES	1180.20	14/04/2024	NO TIENE	AMBULANCIA	VIAJE A SANTA ROSA A TRASLADAR PACIENTE AL HOSPITAL DE OCCIDENTE.
MAINOR REYES		16/04/2024	NO TIENE	AMBULANCIA	VIAJE A SANTA ROSA A TRASLADAR PACIENTE AL HOSPITAL DE OCCIDENTE.

Mainor E. Reyes

MAINOR REYES

MOTORISTA

Melissa López

MELISSA LÓPEZ

TESORERA MUNICIPAL



ESTACION OXXI DULCE NOMBRE
Prop:Luis Gerardo Lopez Alvara
B.Florida,C.Principal Dulce Nombre,Copa
eMail: gerardolopezalvarado@outlook.
com

Tel:94750471
RTN:04011981015998

FACTURA DE CREDITO
FACTURA: 001-002-01-00081063
C.A.I. 16C44E-3D737D-F04799-2455EA-7C48
F9-F3

RANGO AUTORIZADO DE FACTURAS
Factura Inicial: 001-002-01-00070001
Factura Final: 001-002-01-00100000
Fecha limite de emision: 05-10-2024

Fecha de emision: 04-04-2024 Hora:12:32
Cajero: Turno B

Cliente: MUNICIPALIDAD DE SAN AGUSTIN D
E COPAN

RTN: 04149995039994
PLACA: AMBULANCIA
No ORDEN COMPRA: MAYNOR REYES

FORMA DE PAGO: Cuenta Corriente

Cant.	Producto	Precio L	Total L
52.430	DIESEL		
Surtidor: 4		24.32	L1,275.10 L
	Rebaja o Descuento	0.00	L
	SubTotal Exento	1275.10	L
	SubTotal ISV 15%	0.00	L
	SubTotal ISV 18%	0.00	L
	ISV 15%	0.00	L
	ISV 18%	0.00	L
	Exonerado	0.00	L
	TOTAL A PAGAR	1275.10	L
	Pago	1275.10	L
	Cambio	0.00	L

Un mil doscientos setenta y cinco Lempi
ras con 10/100

No.Orden de Compras Exenta: _____
No.Const.Registro Exonerados: _____
No. Registro S.A.G.: _____
La Factura, beneficio de todos:EXIJALA

Firma: *maynor Eli Reyes*
"Gracias por tu preferencia"

ORIGINAL:CLIENTE
COPIA:Obligado Tributario Emisor



ORDEN DE COMBUSTIBLE

POR ESTE MEDIO SIRVASELE A Mainor Eli Reyes

LA CANTIDAD DE Mil Doscientos Setenta y cinco con diez Centavos GALONES DE COMBUSTIBLE O LEMPIRAS DE COMBUSTIBLE PARA VEHICULO MARCA Ambalancia, COLOR _____, PLACA _____

Cantidad de galones	Combustible			Descripción	Precio por galón	Cantidad total en Lempiras
	Diésel	Gasolina Regular	Gasolina Súper			
				Viaje al hospital de Occidente.		1,275.10



FIRMA AUTORIZADA TESORERA MUNICIPAL



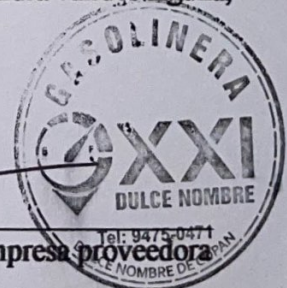
FIRMA AUTORIZADA ALCALDE MUNICIPAL

San Agustín Copán, 04 de Abril de 2024

Nota: Si la presente orden no presenta firma y sello de tesorería municipal no tendrá validez alguna, La orden deberá ser firmada por el beneficiario y la empresa proveedora

X Mainor Eli Reyes
Firma de beneficiado

[Signature]
firma de empleado de empresa proveedora





MUNICIPALIDAD DE SAN AGUSTIN, COPAN
LIQUIDACION DE VIATICOS

FECHA: 04/04/2024

NOMBRE (S) DE LA PERSONA (S) QUE VIAJAN:

Maínor Eli Reyes

COSTO ESTIMADO DEL VIAJE LPS. _____

TRANSPORTE:

Bus..... Lps. _____

Carro Particular (Combustible)..... Lps. _____

Carro Municipalidad (Combustible)..... Lps. 1275.10

Kilómetros recorridos..... 95 km

Hospedaje..... Lps. _____

Asignación diaria para alimentación y otros gastos..... Lps. _____

TOTAL: 1275.10

INTINERARIO:

Hora de Salida: 11:40 AM

Hora de Regreso: 4:00 PM

PROPOSITO DEL VIAJE:

Viaje desde San Agustín hasta Hospital de Occidente lleva dolor fuerte del estomago por embarazo en compañía del esposo

Maínor Eli Reyes
FIRMA DE EMPLEADO

FIRMA DE EMPLEADO



[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

CONSTANCIA

YO Jesus medina chacon
CON NUMERO DE IDENTIDAD 0414 1983 000 56 RESIDENTE EN
LA COMUNIDAD DE sapote POR
MEDIO DE LA PRESENTE HAGO CONSTAR QUE : OCUPE EL SERVICIO DE AMBULANCIA PARA
TRASLADARME DESDE san Agustin
HASTA Hospital occidente POR PRESENTAR
PROBLEMAS

DE:

Uterina la mujer con fuertes dolor
de embarazo

Hora de Salida: 1:00 PM

Hora de Regreso: 4:00 PM

Y PARA LOS FINES QUE AL INTERESADO CONVENGAN FIRMO LA PRESENTE A LOS

04 DIAS DEL MES 04 DEL

AÑO: 2024



FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE:



MUNICIPALIDAD DE SAN AGUSTIN, COPAN
LIQUIDACION DE VIATICOS

FECHA: 03/04/2024

NOMBRE (S) DE LA PERSONA (S) QUE VIAJAN:

Mainor Eli Reyes

COSTO ESTIMADO DEL VIAJE LPS. _____

TRANSPORTE:

Bus..... Lps. _____

Carro Particular (Combustible)..... Lps. _____

Carro Municipalidad (Combustible)..... Lps. _____

Kilómetros recorridos..... 45 Km

Hospedaje..... Lps. _____

Asignación diaria para alimentación y otros gastos..... Lps. _____

TOTAL: _____

INTINERARIO:

Hora de Salida: 1:00 PM

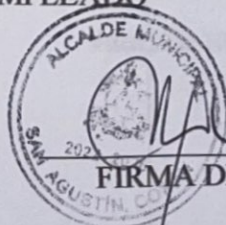
Hora de Regreso: 4:00 PM

PROPOSITO **DEL** **VIAJE:**

Viaje de San Agustín hasta Clínica San Rafael lleva dolor de estomago y fiebre en compañía de la madre.

Mainor Eli Reyes
FIRMA DE EMPLEADO

FIRMA DE EMPLEADO



[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

CONSTANCIA

YO Ernestina Zola Zola
CON NUMERO DE IDENTIDAD 0409 1964 00407 RESIDENTE EN
LA COMUNIDAD DE Marquez POR
MEDIO DE LA PRESENTE HAGO CONSTAR QUE : OCUPE EL SERVICIO DE AMBULANCIA PARA
TRASLADARME DESDE San Agustín
HASTA clínica San Rafael POR PRESENTAR
PROBLEMAS

DE:
llevo el niño con dolor de
estomago y Fiebre

Y PARA LOS FINES QUE AL INTERESADO CONVENGAN FIRMO LA PRESENTE A LOS
03 DIAS DEL MES 04 DEL
AÑO: 2024



FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE:

ESTACION DXXI DULCE NOMBRE
Prop:Luis Gerardo Lopez Alvara
B.Florida,C.Principal Dulce Nombre,Copa
eMail: gerardolopezalvarado@outlook.
com

Tel:94750471
RTN:04011981015998

FACTURA DE CREDITO
FACTURA: 001-002-01-00082265
C.A.I. 16C44E-307370-F04799-2455EA-7C48
F9-F3

RANGO AUTORIZADO DE FACTURAS
Factura Inicial: 001-002-01-00070001
Factura Final: 001-002-01-00100000
Fecha limite de emisiõn: 05-10-2024

Fecha de emisiõn: 10-04-2024 Hora:08:35
Cajero: Turno B

Cliente: MUNICIPALIDAD DE SAN AGUSTIN D
E COPAN

RTN: 04149995039994
PLACA: AMBULANCIA
No ORDEN COMPRA: MAINDR

20

FORMA DE PAGO: Cuenta Corriente

Cant.	Producto	Precio L	Total L
39.738	DIESEL		
Surtidor: 1		24.41 L	970.00 L
	Rebaja o Descuento		0.00 L
	SubTotal Exento		970.00 L
	SubTotal ISV 15%		0.00 L
	SubTotal ISV 18%		0.00 L
	ISV 15%		0.00 L
	ISV 18%		0.00 L
	Exonerado		0.00 L
	TOTAL A PAGAR		970.00 L
	Pago		970.00 L
	Cambio		0.00 L

Novcientos setenta Lempiras con 00/10
0

No.Orden de Compras Exenta: _____
No.Const.Registro Exonerados: _____
No. Registro S.A.G.: _____
La Factura, beneficio de todos:EXIJALA

Firma: Mojib Reyes
"Gracias por tu preferencia"

ORIGINAL:CLIENTE
COPIA:Obligado Tributario Emisor



ORDEN DE COMBUSTIBLE

POR ESTE MEDIO SIRVASELE A Mainor Eli Reyes

LA CANTIDAD DE _____ GALONES DE COMBUSTIBLE O Novecientos Setenta. LEMPIRAS DE COMBUSTIBLE PARA VEHICULO MARCA Ambulancia COLOR _____, PLACA _____

Cantidad de galones	Combustible			Descripción	Precio por galón	Cantidad total en Lempiras
	Diésel	Gasolina Regular	Gasolina Súper			
				Viaje a Santa Rosa Copán		970.00

FIRMA AUTORIZADA
TESORERA MUNICIPAL

FIRMA AUTORIZADA
ALCALDE MUNICIPAL

San Agustín Copán, 10 de Abril de 2024

Nota: Si la presente orden no presenta firma y sello de tesorería municipal no tendrá valides alguna, La orden deberá ser firmada por el beneficiario y la empresa proveedora

X
Mainor Eli Reyes
Firma de beneficiado

firma de empleado de empresa proveedora



MUNICIPALIDAD DE SAN AGUSTIN, COPAN
LIQUIDACION DE VIATICOS

FECHA: 10/04/2024

NOMBRE (S) DE LA PERSONA (S) QUE VIAJAN:

Mainor Eli Reyes

COSTO ESTIMADO DEL VIAJE LPS. _____

TRANSPORTE:

Bus..... Lps. _____

Carro Particular (Combustible)..... Lps. _____

Carro Municipalidad (Combustible)..... Lps. 970.00

Kilómetros recorridos..... 90 km

Hospedaje..... Lps. _____

Asignación diaria para alimentación y otros gastos..... Lps. _____

TOTAL: 970.00

INTINERARIO:

Hora de Salida: 5:00 AM


Hora de Regreso: 9:00 AM

PROPOSITO DEL VIAJE:

Viaje desde San Agustín hasta
clínica Hofabran en compañía del
hermano, lleva niño con dolor de
estómago y dolor de garganta.

Mainor Eli Reyes
FIRMA DE EMPLEADO

FIRMA DE EMPLEADO



[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

CONSTANCIA

YO Delmis Dixiana Chacon Gonzalez
CON NUMERO DE IDENTIDAD 0414 1994 000 32 RESIDENTE EN
LA COMUNIDAD DE barrio el alto POR
MEDIO DE LA PRESENTE HAGO CONSTAR QUE : OCUPE EL SERVICIO DE AMBULANCIA PARA
TRASLADARME DESDE San Agustín
HASTA clínica de Rafaelian POR PRESENTAR
PROBLEMAS

DE:
llevo el niño con dolor de estómago
y dolor en la garganta

Y PARA LOS FINES QUE AL INTERESADO CONVENGAN FIRMO LA PRESENTE A LOS
10 DIAS DEL MES 04 DEL
AÑO: 2024



FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE:

ESTACION OXXI DULCE NOMBRE
Prop: Luis Gerardo Lopez Alvara
B. Florida, C. Principal Dulce Nombre, Copan
eMail: gerardolopezalvarado@outlook.com

Tel: 94750471
RTN: 04011981015998

FACTURA DE CREDITO
FACTURA: 001-002-01-00082580
C.A.I. 16C44E-307370-F04799-2455EA-7C48
F9-F3

RANGO AUTORIZADO DE FACTURAS
Factura Inicial: 001-002-01-00070001
Factura Final: 001-002-01-00100000
Fecha limite de emision: 05-10-2024

Fecha de emision: 14-04-2024 Hora: 21:07
Cajero: Turno B

Cliente: MUNICIPALIDAD DE SAN AGUSTIN D
E COPAN

RTN: 04149995039994 *21*
PLACA: AMBULANCIA
No ORDEN COMPRA: MAYNOR REYES

FORMA DE PAGO: Cuenta Corriente

Cant.	Producto	Precio L	Total L
48.349	DIESEL		
Surtidor: 1		24.41	L1,180.20 L
Rebaja o Descuento		0.00	L
SubTotal Exento		1180.20	L
SubTotal ISV 15%		0.00	L
SubTotal ISV 18%		0.00	L
ISV 15%		0.00	L
ISV 18%		0.00	L
Exonerado		0.00	L
TOTAL A PAGAR		1180.20	L
Pago		1180.20	L
Cambio		0.00	L

Un mil ciento ochenta Lempiras con 20/
100

No. Orden de Compras Exenta: _____
No. Const. Registro Exonerados: _____
No. Registro S.A.B.: _____
La Factura, beneficio de todos: EXIJALA

Firma: *Maynor Eli Reyes*
"Gracias por tu preferencia"
ORIGINAL: CLIENTE
COPIA: Obligado Tributario Emisor



MUNICIPALIDAD DE SAN AGUSTIN, COPAN
LIQUIDACION DE VIATICOS

FECHA: 14 / 04 / 2024

NOMBRE (S) DE LA PERSONA (S) QUE VIAJAN:
maior Eli Reyes

COSTO ESTIMADO DEL VIAJE LPS. _____

TRANSPORTE:

Bus..... Lps. _____
Carro Particular (Combustible)..... Lps. _____
Carro Municipalidad (Combustible)..... Lps. 1180 20
Kilómetros recorridos..... 90 K
Hospedaje..... Lps. x
Asignación diaria para alimentación y otros gastos..... Lps. x

TOTAL: 1180 20

INTINERARIO:

Hora de Salida: 6:00 PM

Hora de Regreso: 10:00 PM

PROPOSITO DEL VIAJE:

viale des de san Agustín a sta
Hospital occidente con paciente Neva
La niña gomito Fiebre en compañía
de la madre

maior Eli Reyes
FIRMA DE EMPLEADO

FIRMA DE EMPLEADO



[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

YO Reina isabel Hernandez
CON NUMERO DE IDENTIDAD 0414199200133 RESIDENTE EN
LA COMUNIDAD DE Baria portillo POR
MEDIO DE LA PRESENTE HAGO CONSTAR QUE : OCUPE EL SERVICIO DE AMBULANCIA PARA
TRASLADARME DESDE San Agustin copan
HASTA Hospital occidente POR PRESENTAR
PROBLEMAS
DE: Dormita fiebre

Y PARA LOS FINES QUE AL INTERESADO CONVENGAN FIRMO LA PRESENTE A LOS

14 DIAS DEL MES 04
AÑO: 2024

Reina Hernandez

FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE:

MUNICIPALIDAD DE SAN AGUSTIN, COPAN
LIQUIDACION DE VIATICOS

FECHA: 13 / 04 / 2024

NOMBRE (S) DE LA PERSONA (S) QUE VIAJAN:
maior Eli Reyes

COSTO ESTIMADO DEL VIAJE LPS. _____

TRANSPORTE:

Bus..... Lps. _____
Carro Particular (Combustible)..... Lps. _____
Carro Municipalidad (Combustible)..... Lps. _____
Kilómetros recorridos..... 90 Km
Hospedaje..... Lps. x
Asignación diaria para alimentación y otros gastos..... Lps. x

TOTAL: _____

INTINERARIO:

Hora de Salida: 7:00 AM


Hora de Regreso: 11:00 AM

PROPOSITO DEL VIAJE:

Viaje des de san Agustín a stg
Hospital occidente lleva el paciente
Fueron golpes en la cabeza
en compañía de la madre

maior Eli Reyes
FIRMA DE EMPLEADO

FIRMA DE EMPLEADO


[Signature]
FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

YO Floridalma Velasquez
CON NUMERO DE IDENTIDAD 0414 1985 00046 RESIDENTE EN
LA COMUNIDAD DE San Agustin Copan POR
MEDIO DE LA PRESENTE HAGO CONSTAR QUE : OCUPE EL SERVICIO DE AMBULANCIA PARA
TRASLADARME DESDE Barrio el Centro
HASTA ospital occidente POR PRESENTAR
PROBLEMAS
DE: golpes en la cabeza

Y PARA LOS FINES QUE AL INTERESADO CONVENGAN FIRMO LA PRESENTE A LOS

13 DIAS DEL MES 04
AÑO: 2024

Floridalma Velasquez

FIRMA O HUELLA DEL PACIENTE:

