

San Antonio Cortés 20/12/18

Buenos días doctor el motivo de escribirle es para  
que me haga una ayuda para mi abuelita  
que se cayó y necesito me ayude con ella.

Glenda Moreno

Olivio Mejia  
Abuela



**CLINICA MEDICA Y VENTA DE MEDICAMENTOS**  
**"SAN ANTONIO"**

Propietario: Luis Abraham Hernández S.  
Barrio Las Américas, Calle Principal, San Antonio, Cortés  
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: dhermandezsorto@yahoo.es  
R.T.N. 06151976007406

CAL: ECAD01-8E46B9-F34E9E-7CA2D-DBD03C-11

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 21  | 03  | 19  |

No. Factura: 000-001-01-000 03666

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SAC

RTN: \_\_\_\_\_

| CANT.                                                                                               | DESCRIPCION               | P. UNIT. | VALOR Lps. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------|------------|
| 1                                                                                                   | Crema Trombocid           |          | 298.00     |
| 10                                                                                                  | Nopain tableta 5          |          | 140.00     |
| 15                                                                                                  | Std ff capsula 5          |          | 180.00     |
| 1                                                                                                   | Ceftriaxona + Alendronato |          | 148.00     |
| <b>VENTA DE MEDICINAS</b><br><b>SAN ANTONIO</b><br><b>PAGADO</b><br>San Antonio de Cortes, Honduras |                           |          |            |

Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004600  
Fecha Límite de Emisión: 08/03/2020

Orden de Compra Exenta No. \_\_\_\_\_  
Constancia de Registro de Exonerado No. \_\_\_\_\_  
Registro Sector Agrario No. \_\_\_\_\_  
"La Factura es Beneficio de Todos, Exíjala!"

FACTURA CONTADO ☐ CREDITO ☐

CANTIDAD EN LETRAS: \_\_\_\_\_

|                        |        |
|------------------------|--------|
| Sub-Total L.           |        |
| Importe Exento L.      |        |
| Importe Exonerado L.   |        |
| Importe Grav. 15% L.   |        |
| Importe Grav. 18% L.   |        |
| Descuento y Rebajas L. |        |
| ISN, 15% L.            |        |
| ISN, 18% L.            |        |
| TOTAL A PAGAR L.       | 764.00 |



CLINICA: Medica San Antonio AUTORIZACION MEDICA

San Antonio de Cortes Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda al Sr. (a): Olivia Mejia

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente: \_\_\_\_\_ Ident. No. 0807 1936 00078

Compra de medicamentos.

En vista que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.  
Agradeciendo la atención brindada.

Me suscribo de usted, (Nota: Factura no puede exceder el valor de Lps.500.00)

Firma unidad técnica.

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada.



**REPÚBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

OLIVIA / MEJIA HERNANDEZ



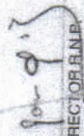
HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL : 03 JUNIO 1936  
SEXO : FEMENINO  
EMITIDA EL : 11 AGOSTO 2009

0507-1936-00078

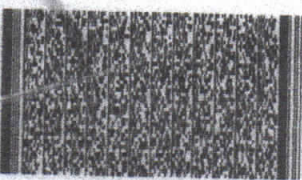


01823752-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR RNP



SOLICITADA EN 0507

OLIVIA / MEJIA HERNANDEZ

0507-1936-00078

## **SOLICITUD**

**Señor: Santos Antonio Murillo**  
**Alcalde Municipal**  
**Su Oficina**

A través de la presente me dirijo ante ustedes deseando que el divino creado del universo derrame muchas bendiciones en sus labores y proyectos familiares.

Yo **Emelina Amaya** hondureña y con número de identidad **1010-1960-00017** y vecina de este municipio con residencia en la aldea El Picacho, Por medio de la presente solicito a usted señor alcalde Santos Antonio Murillo una ayuda económica de 500 lempiras en efectivo los cuales me servirán para la compra de medicamento ya que en los últimos días he sentido malestar en mis piernas haciéndome difícil trasladarme por mis propios esfuerzos.

Me despido de ustedes esperando una respuesta positiva y de antemano agradeciendo su disponibilidad.



---

**FIRMA**

**Emelina Amaya**



# CLINICA MEDICA Y VENTA DE MEDICAMENTOS "SAN ANTONIO"

Propietario: Luis Abraham Hernández S.  
Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés  
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: dirhernandezsorto@yahoo.es  
R.T.N. 06151976007406

CAI: ECAND1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 15  | 03  | 19  |

No. Factura: 000-001-01-000

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: 3AC.

RTN:

| CANT.                                                                                                                   | DESCRIPCION        | P. UNIT.              | VALOR Lps. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|------------|
| 10                                                                                                                      | Oxal 75            | 15.00                 | 150.00     |
| 2                                                                                                                       | Dexametrazin       | 120.00                | 240.00     |
| 1                                                                                                                       | Blisters de Daplon |                       | 300.00     |
| <b>VENTA DE MEDICINAS<br/>SAN ANTONIO<br/>PAGADO</b><br>San Antonio de Cortés, Honduras                                 |                    |                       |            |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003801 - 000-001-01-00004800                                                             |                    | Sub-Total L           |            |
| Fecha Límite de Emisión 08/03/2020                                                                                      |                    | Importe Exento L      |            |
| Orden de Compra Exenta No.                                                                                              |                    | Importe Exonerado L   |            |
| Constancia de Registro de Exonerado No.                                                                                 |                    | Importe Grav. 15% L   |            |
| Registro Sector Agroindustrial No.                                                                                      |                    | Importe Grav. 10% L   |            |
| "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"                                                                             |                    | Descuento y Rebajas L |            |
| <b>FACTURA</b> <input type="checkbox"/> <b>CONTADO</b> <input type="checkbox"/> <b>CREDITO</b> <input type="checkbox"/> |                    | ISV 15% L             |            |
| CANTIDAD EN LETRAS                                                                                                      |                    | ISV 10% L             |            |
| TOTAL A PAGAR L                                                                                                         |                    |                       | 690.00     |

Original: Cliente, Copia: Emisor

SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 3837-1418 R.L. 001500004674, N° CERTIFICACION 0217-15-00004-AS FISCAL RECEPCION 0000001919

## AUTORIZACION MÉDICA

CLINICA Médica San Antonio

San Antonio de Cortés Día 19 Mes 02 Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la señora Emelina Amaya

Ident. N° 1010-1960-00017  
Para que pueda ser atendida en ese centro médico que se atienda este muy mal  
de salud.

En vista de que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.

Agradeciendo su atención brindada.

Me suscribo de ud. (Nota: esta factura no puede exceder el valor de L.500.00)

Firma Unidad Técnica

OMM y Niñez

Firma Autorizada.

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

EMELINA / AMAYA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
 NACIO EL 25 FEBRERO 1960  
 SEXO: FEMENINO  
 EN 08 SEPTIEMBRE

1010-1960-00017



01718521-01

ARTICULO 104 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna autoridad o persona particular por el solo hecho de la tenencia de la Tarjeta de Identidad o de esta persona, sino en virtud de Ley o sentencia emitida en Ley. La infracción de este artículo que se cometiere será sancionada en consecuencia.

*Emelina Amaya*  
 DIRECTOR R.N.P.




1010-1960-00017



**CLINICA MEDICA Y VENTA DE MEDICAMENTOS**  
**"SAN ANTONIO"**

Propietario: Luis Abraham Hernández S.  
Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés  
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: dthernandezsorto@yahoo.es  
R.T.N. 06151978007406

CAT: ECAMD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 07  | 05  | 19  |

No. Factura: 000-001-01-000 03870

Cliente: Alcabida Municipal

Dirección: SA de C.

RTN:

| CANT.                                                                                 | DESCRIPCION        | P. UNIT. | VALOR Lps. |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|------------|
| 1                                                                                     | Caja Ultrixim cap. |          | 338.00     |
| 10                                                                                    | Ultrifenol cap.    |          | 50.00      |
| 1                                                                                     | Caja Astyfer cap.  |          | 164.00     |
| <b>PAGADO</b><br>VENTA DE MEDICINAS<br>SAN ANTONIO<br>San Antonio de Cortes, Honduras |                    |          |            |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003801 - 000-001-01-00004600                           |                    |          |            |
| Fecha Límite de Emisión 08/03/2020                                                    |                    |          |            |
| Orden de Compra Exenta No. _____                                                      |                    |          |            |
| Constancia de Registro de Exento No. _____                                            |                    |          |            |
| Registro Sector Agroindustrial No. _____                                              |                    |          |            |
| "La Factura es Beneficio de Todos, Exíjala"                                           |                    |          |            |
| FACTURA CONTADO <input type="checkbox"/> CREDITO <input type="checkbox"/>             |                    |          |            |
| CANTIDAD EN LETRAS _____                                                              |                    |          |            |
| TOTAL A PAGAR L. 552.00                                                               |                    |          |            |

Original: Cliente, Copia: Entero SUPER PUNT S DE RL DE CV TEL. 2657-7415 A.L.A. ENTRENAMIENTO, N. CERTIFICACION E21-15-0004-67 FERIA RECEPCION MONTEBLO



**AUTORIZACION MEDICA**

**CLINICA:**

San Antonio de Cortes Día 22 Mes Mayo del 20 19

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Sr.(a): Cristela García Ident No. 0507-1972-00444

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente:

Para Medicamento.

En vista que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.  
Agradeciendo la atención brindada.

Me suscribo de usted. (Nota: Factura no puede exceder el valor de Lps.500.00)

Firma unidad técnica.

Firma Autorizada.

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

CRISTELIA / GARCIA BAIDE



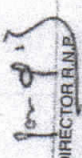
HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
 NACIO EL 25 OCTUBRE 1972  
 SEXO FEMENINO  
 EMITIDA EL 11 AGOSTO 2009

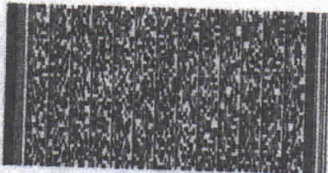
0507-1972-00444



01388809-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. - La infracción de la disposición de este artículo dara lugar a la sanción penal correspondiente.

  
 DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

CRISTELIA / GARCIA BAIDE  
 0507-1972-00444



## LABORATORIO CLINICO VEGA

### RESULTADO DE ANALISIS CLINICO

PACIENTE : CRISTELIA GARCIA  
DOCTOR : LUIS HERNANDEZ  
ORDEN : 2

EDAD : 44 AÑOS  
FECHA : 24/05/19  
SEXO : F

#### UROANALISIS :

COLOR : AMARILLO    ASPECTO : LIG TURBIO    GE : 1,020    pH : 6.5

|                 |            |               |               |
|-----------------|------------|---------------|---------------|
| BILIRRUBINA     | : NEGATIVO | PROTEINAS     | : NEGATIVO    |
| UROBILINOGENO   | : NEGATIVO | SANGRE OCULTA | : NEGATIVO    |
| CETONAS         | : NEGATIVO | NITRITOS      | : NEGATIVO    |
| ACIDO ASCORBICO | : NEGATIVO | LEUCOCITOS    | : POSITIVO ++ |
| GLUCOSA         | : NEGATIVO |               |               |

SEDIMENTO

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| : Cel. Epiteliales | : Abundantes      |
| : Eritrocitos      | : 1 - 2 x campo   |
| : Leucocitos       | : 38 - 50 x campo |
| : Bacterias        | : Abundantes      |
| : Cristales        | : No se Observo   |
| : Cilindros        | : No se Observo   |
| : Levaduras        | : No se Observo   |
| : Moco             | : Moderado        |

OBSERVACIONES : NINGUNA



Dra. Greysi Vega



Barrio Sotero Barahona,  
Instalaciones centro  
Medico San Antonio  
Tel : 26605109/ 33307991  
San Antonio de Cortes

PACIENTE: CRISTELIA GARCIA  
DOCTOR: LUIS HERNANDEZ

EDAD: 44 Años  
SEXO: Femenino  
FECHA: 23/05/2019

### Laboratorio Clinico Vega

#### Hematología

| Prueba           | Resultado | Unidades                  | Valor de Referencia |
|------------------|-----------|---------------------------|---------------------|
| Hemoglobina      | 10.8      | g/dl                      | 11.5 - 15.0         |
| Rto. Eritrocitos | 3.82      | $\times 10^6/\mu\text{l}$ | 4.20 - 5.80         |
| Hematocrito      | 30.1      | %                         | 34.5 - 45.0         |
| VCM              | 78.9      | fL                        | 80.0 - 100.0        |
| HCM              | 28.2      | pg                        | 26.0 - 32.0         |
| CMHC             | 35.8      | g/dl                      | 31.0 - 36.0         |
| RDW-CV           | 11.7      | %                         | 11.5 - 14.5         |
| RDW-SD           | 39.6      | fL                        | 37.0 - 54.0         |
| Rto. Leucocitos  | 17.8      | $\times 10^3/\mu\text{l}$ | 4.5 - 10.0          |
| Linfocitos%      | 8.6       | %                         | 20.0 - 50.0         |
| Monocitos%       | 8.0       | %                         | 3.0 - 10.0          |
| Granulocitos%    | 83.4      | %                         | 40.0 - 75.0         |
| Linfocitos#      | 1.5       | $\times 10^3/\mu\text{l}$ | 1.0 - 4.1           |
| Monocitos#       | 1.4       | $\times 10^3/\mu\text{l}$ | 0.1 - 0.8           |
| Granulocitos#    | 14.9      | $\times 10^3/\mu\text{l}$ | 2.0 - 7.8           |
| Rto. Plaquetas   | 280       | $\times 10^3/\mu\text{l}$ | 150 - 500           |
| MPV              | 9.2       | fL                        | 7.4 - 10.4          |
| PDW              | 13.3      | fL                        | 10.0 - 14.0         |
| PCT              | 0.25      | %                         | 0.10 - 0.28         |
| P-LCR            | 22.5      | %                         | 13.0 - 43.0         |
| P-LCC            | 63        | $\times 10^3/\mu\text{l}$ | 13 - 129            |



\* Confirmados GB (17.6) Segunda Lectura

San Antonio de Cortés

18 de Diciembre 2018

Sr. Alcalde Municipal: Dr. Santos Antonio Murillo  
Su Oficina.

Por medio de la presente solicito su ayuda  
con la compra de una receta medica.

Ya que me encuentro de escasos  
recursos y no puedo cubrir los gastos  
en estos momentos.

Agradeciendo de antemano su pronta  
y positiva respuesta.

Johany Isabel Quiroz

0507 1994 00352

Johany Isabel Quiroz

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

**JOHARY ISABEL / QUIROZ AVILA**



HONDUREÑA POR : NACIMIENTO  
NACIO EL : 26 JULIO 1993  
SEXO : FEMENINO  
EMITIDA EL : 03 OCTUBRE 2017

**0507-1994-00352**

  
16767845-01

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

**JOHARY ISABEL / QUIROZ AVILA**  
**0507-1994-00352**

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 10  | 03  | 19  |

**No. Factura: 000-001-01-000**

Cliente: Alcaldía Municipal 03631

Dirección: SAC

RTN:

[illegible]

Original: Cliente, Copia: Emisor

SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL 2557-7415 R.L.N. 0501600046746, N. CERTIFICACION 9231-15-00000-45, FECHA RECEPCION 08/07/2019

TOTAL A PAGAR L 348.00



CLINICA: Medica San Andres AUTORIZACION MÉDICA

San Antonio de Cortes Día 19 Mes Diciembre del 2019  
Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones.

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.  
Por este medio se le recomienda al Sr. (a): Talca

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente: Jahary Isabel Quiroz Ident. No. 05071994-00352

que sea atendido en ese centro médico al Paciente:

Segun receta adjunta.

En vista que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.  
Agradeciendo la atención brindada.

Agradeciendo la atención brindada.

Me suscribo de usted, (Nota. Factura no puede exceder el valor de Lps.500.00)

5 meses. No necessita.

ed, (Nota. Factura no puede e



Firma unidad técnica.

  
Firma Autorizada.



San Antonio de Cotes 25 /01 /2019

Do. Alcalde Municipal  
Su oficina

Espero se encuentre bien solicito me ayude con los medicamentos que tomo ya que padezco de Epilepsia y soy personas escasos recursos económicos y no puedo comprarlos.

Atte. Dania Fatima Marquez

Cel. 9775-0711

 **REPUBLICA DE HONDURAS**  
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIONES  
TARJETA DE IDENTIFICACION

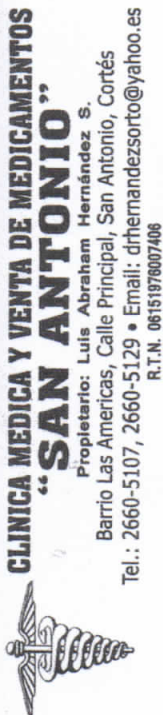
DANIA FATIMA / MARQUEZ ZAMORA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NAC. EL: 13 FEBRERO 1979  
SEXO: FEMENINO  
EID. EL: 11 OCTUBRE 1997

0507-1979-00090 

03031915-01

**CLINICA:**

Medica San Antonio **AUT**

San Antonio de Cortes Día 25 Mes Enero del 20 19

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda al Sr. (a): Dania Fatima Morque Ident. No. 0507197900090

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente: que se le brinde el medicamento que necesita. Mujer Madre soltera de escasos recursos

En vista que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.

Agradeciendo la atención brindada.

Me suscribo de usted, (Nota. Factura no puede exceder el valor de Lps.500.00)

Firma unidad técnica.

**Firma Autorizada.**

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
| 05  | 03  | 19  |

CAI: ECAAD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

No. Factura: 000-001-01-000 03620

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SAC.

RTN:

| CANT.                                                                                                                                                                                                          | DESCRIPCION  | P. UNIT.                                                                                                                                                  | VALOR Lps. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1                                                                                                                                                                                                              | Caja Lokalem |                                                                                                                                                           | 1095.00    |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>VENTA DE MEDICINAS</b><br/> <b>SAN ANTONIO</b><br/> <b>PAGADO</b><br/>           San Antonio de Cortes, Honduras         </div> |              |                                                                                                                                                           |            |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003801 - 000-001-01-00004600<br>Fecha Limite de Emisión 09/03/2020                                                                                                              |              | Sub-Total L<br>Importe Exento L<br>Importe Exonerado L<br>Importe Grav. 15% L<br>Importe Grav. 18% L<br>Descuento y Rebajas L<br>ISV. 15% L<br>ISV. 18% L |            |
| Orden de Compra Exenta No. _____<br>Constancia de Registro de Exonerado No. _____<br>Registro Sector Agroindustrial No. _____                                                                                  |              | TOTAL A PAGAR L <b>1095.00</b>                                                                                                                            |            |
| "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"<br><b>FACTURA</b> <input type="checkbox"/> CONTADO <input type="checkbox"/> CREDITO                                                                                |              | CANTIDAD EN LETRAS _____                                                                                                                                  |            |

Original Oficio Coria: Emisor  
SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL 2557-7415 R.Y.U. 05000000676 N° CERTIFICACION 9201-15-10500-45 FECHA RECEPCION 08/03/2019

San Antonio de cortes 30 de noviembre de 2018

Señor Alcalde Municipal

Dr. Santos Antonio Murillo

Que dios todopoderoso le bendiga y le de sabiduría para que realice correctamente todo lo que se propone.

El motivo de escribirle es para solicitarle una ayuda económica ya que soy madre soltera de escasos recursos económicos y necesito un medicamento y no puedo comprarlo por mi situación económica.

En espera de su valiosa colaboración y rogando a Dios le bendiga siempre.

Atte.

Nubia Anabel Chavarria S.

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

NUBIA ANABEL / CHAVARRIA SABILLON



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL : 03 MAYO 1970  
SEXO : FEMENINO  
EMITIDA EL : 27 NOVIEMBRE 2008

0507-1970-00138



10011202-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507  
NUBIA ANABEL / CHAVARRIA SABILLON  
0507-1970-00138



**CENTRO MEDICO**  
**SAN ANTONIO**

*Dr. Luis Hernandez*

Calle Principal Bo. Las Americas.  
San Antonio Cortes, Honduras Tel. Clinica 2660-51 07  
Tel. Emergencia: 2660-5129 Cel.:9797-8822

Nombre:

*Anabel Chorroreia*

E: 47

Proxima Cita:

Fecha:

*11/09/18*

**SERVICIOS MEDICOS**

Atención a Niños y Adultos  
Cirugía Menor  
Control de Embarazo  
Atención de Partos  
Nebulizaciones  
Medicina General  
Atención Integral a niño Sano  
Atención Integral a la mujer  
Observación  
Ultrasonido  
Electrocardiograma digital  
Exámenes de Laboratorio

**HORARIO:**

Lunes a Viernes  
7:00 a.m- 7:00 pm  
Sábado y Domingo.  
8:00 am- 7:00 p.m

EMERGENCIA CEL.: 9655-4206

R/.

① *Genacol Plus*

*3 tabletas c/12 hrs*

*x 1 mes.*



**PRESSAR<sup>plus</sup>**  
Irbesartán/Amlodipino  
150/5  
300/5

**CANDESAR-D**  
Candesartán  
Hidroclorotiazida  
16/12.5, 32/12.5

**LORIDOX**  
Jarabe

**CETRIX-D**  
Cetirizina / Fenilefrina  
Jarabe



San Antonio. de corte 228 2:19.

tenga. buena tarde Señor.

Santos. en un momento por

este medio. es que yo. estoy

enfermo. le estoy. solicitando

dos. empujones. porque

estoy. enfermo.

y tenga feliz. día. Gracia

**REPÚBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

LEONARDO / NAVARRETE BENITEZ



HONDUREÑO POR NACIMIENTO  
NACIO EL: 27 JULIO 1986  
SEXO: MASCULINO  
EMITIDA EL: 02 SEPTIEMBRE 2017

0507-1986-00333

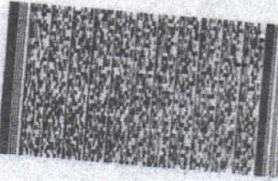


11061745-03

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR RNP



SOLICITADA EN 0507

LEONARDO / NAVARRETE BENITEZ

0507-1986-00333



## AUTORIZACION MÉDICA.

### CLINICA:

San Antonio de Cortés Día 28 Mes Febrero del 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Sr.(a):

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente: Leonardo NAVARRETE Benitez Ident No. 0507-1984-00333  
Para compra de medicamento.  
Nota adjunta

En vista que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.  
Agradeciéndole la atención brindada.

Me suscribo de usted, (Nota. Factura no puede exceder el valor de Lps.500.00)

*[Handwritten signature]*



Firma unidad técnica.

Firma Autorizada.

**SAN ANTONIO**

Propietario: Luis Abraham Hernández S.  
Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés  
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: drhernandezsorto@yahoo.es  
R.T.N. 06151978007406

CAI: ECAAD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

No. Factura: 000-001-01-000 03889

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: 2A de C.

RTN:

| CANT.                                                                                    | DESCRIPCION          | P. UNIT.              | VALOR Lps. |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|------------|
| 2                                                                                        | Ceftriaxona + Dexton |                       | 198.00     |
| <b>VENTA DE MEDICINAS<br/>SAN ANTONIO<br/>PAGADO<br/>San Antonio de Cortés, Honduras</b> |                      |                       |            |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003801 - 000-001-01-00004600                              |                      | Sub-Total L           |            |
| Fecha Límite de Emisión: 08/03/2020                                                      |                      | Importe Exento L      |            |
| Orden de Compra Exenta No.                                                               |                      | Importe Exonerado L   |            |
| Constancia de Registro de Exonerado No.                                                  |                      | Importe Grav. 15% L   |            |
| Registro Sector Agroindustrial No.                                                       |                      | Importe Grav. 18% L   |            |
| "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"                                              |                      | Descuento y Rebajas L |            |
| FACTURA <input type="checkbox"/> CREDITO <input type="checkbox"/>                        |                      | ISV. 15% L            |            |
| CANTIDAD EN LETRAS                                                                       |                      | ISV. 18% L            |            |
| TOTAL A PAGAR L                                                                          |                      |                       | 198.00     |

Original: Cliente, Copia: Emisor  
SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 2287-2415 FAX 2287-2416 M.P. CERTIFICACION 8231-15-1008-45 FECHA RECEPCION 08/03/2019

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

RNP

VIDAL / MEJIA MANZANO



HONDUREÑO POR NACIMIENTO  
NACIO EL: 21 ABRIL 1972  
SEXO: MASCULINO  
EMITIDA EL: 03 OCTUBRE 2017

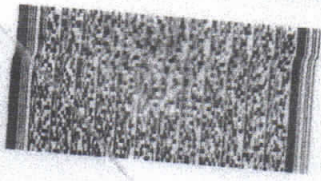
0507-1972-00182



03031930-03

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

VIDAL / MEJIA MANZANO  
0507-1972-00182



# Clínica Médica San Rafael

Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

Cel: 9848-6966

Col. Montefresco, 28 y 29 calle, 11 Ave.

San Pedro Sula, Cortés

clinicamedicasanrafael@hotmail.com

Paciente: Vidal Mejía  
Edad: 46 Fecha: 8 de 04 del 20 19

Rx

Clavulin 1 tab no dirh  
x 7 d.  
# 14.



Dr. Santos Antonio Murillo Rivera



Farmacia Simán 13 Calle  
Barrio Medina, 13 calle, ave. Juan Pablo II  
Tel: 2516-4311

Farmacia Simán El Pedregal  
Bo. El Centro, media cuadra abajo del  
parque central, frente a plaza Prosperity  
Tel: 2654-8116

**30%** **40%**  
DE DESCUENTO  
PARA TODO PÚBLICO



CLINICA:

San Antonio de Cortes Día 8 Mes abril del 2019  
Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.  
Por este medio se le recomienda al Sr. (a): Vidal Nysa  
Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente: Vidal Ident. No. 0507-1972 00782  
para que pueda ser atendido

En vista que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.  
Agradeciendo la atención brindada.

Me suscribo de usted, (Nota. Factura no puede exceder el valor de Lps.500.00)

Firma unidad técnica

**Firma Autorizada.**

San Antonio de cortes 28 de enero de 2019

Señor Alcalde Municipal

Santos Antonio Murillo

Presente.

Que Dios todopoderoso le bendiga y le de sabiduría para que realice correctamente todo lo que se propone.

El motivo de escribirle es para solicitarle una ayuda económica ya soy mujer de tercera edad, de escasos recursos y estoy mal de salud y solicito atención médica.

Agradeciendo su valiosa colaboración y rogando a Dios le bendiga siempre.

Atte.

X

Antonia Escobar Monje

0507-1951-00232

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

ANTONIA / ESCOBAR MONJE



HONDUREÑA POR : NACIMIENTO  
NACIO EL : 23 OCTUBRE 1951  
SEXO : FEMENINO  
EMITIDA EL : 08 OCTUBRE 2013

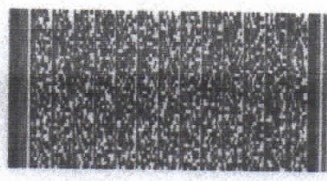


0507-1951-00232

01954621-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

ANTONIA / ESCOBAR MONJE

0507-1951-00232



# Clínica Médica San Rafael

Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

Cel: 9848-6966

Col. Montefresco, 28 y 29 calle, 11 Ave.

San Pedro Sula, Cortés

clinicamedicasanrafael@hotmail.com

Paciente: Antonio Monge

Edad: 66 Fecha: 28 de 01 del 20 19

Rx

- Gabapentin 75mg vo bid  
x 30 días H.S.

#30.



Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

**Farmacia Simán**  
Tu farmacia completa

Farmacia Simán 13 Calle  
Barrio Medina, 13 calle, ave. Juan Pablo II  
Tel: 2516-4311

Farmacia Simán El Pedregal  
Bo. El Centro, media cuadra abajo del  
parque central, frente a plaza Prosperity  
Tel: 2654-8116

**30%**  
DE DESCUENTO  
PARA TODO PÚBLICO

**40%**  
DE DESCUENTO PARA LA  
TERCERA EDAD

CAI: ECAAD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

No. Factura: 000-001-01-000 03658

Cliente: Alcaldía Municipal  
Dirección: SAE

RTN:

[illegible]

Original: Cliente. Cooia: Emisor

SUPER PRINT S DE NL DE CV TEL. 2557-7410 R.T.N. 050H000046748. N°. CERTIFICACION 0221-15-10500-45 FECHA RECIBIDA 03/03/2015



**AUTORIZACION MÉDICA.**

CLINICA: Medico San Antonio

San Antonio de Cortes Día 29 Mes Enero del 20 19

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.  
Por este medio se le recomienda a la Srta. ANITA PEREZ

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente: Antonia Monge Ident No. 0507 1957 0023 2  
el momento según receta adjunta. (Mujer)

En vista que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.  
Agradeciendo la atención brindada.

Me suscribo de usted, (Nota. Factura no puede exceder el valor de Lps.500.00)

Firma unidad técnica

Firma Autorizada



San Antonio de Cortes 8/4/2019

Reciba un cordial Saludo

el motivo de escribirle es  
para solicitarle me  
ayude con la compra  
de unos medicamentos  
ya que soy de escasos  
recursos y no puedo  
comprarlos en este momento  
adjunto las recetas a la  
solicitud esperan de  
respuesta positiva y  
agradeciéndole de antemano

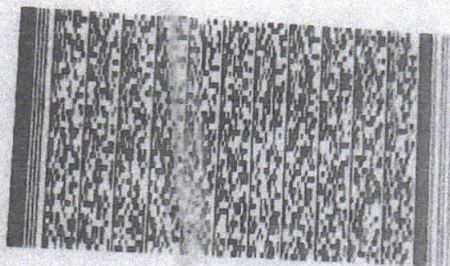
X Maria Oaida Rodriguez



Handwritten signature of Maria Oaida Rodriguez.

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

3  
5  
5  
DIRECCIÓN N.P.



SOLICITADA EN 0507

MARIA DENIS ONEIDA / RODRIGUEZ SANCHEZ

0507-1986-00220



REPUBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
TARJETA DE IDENTIDAD

MARIA DENIS ONEIDA / RODRIGUEZ SANCHEZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL 07 MAYO 1986  
SEXO FEMENINO  
EMITIDA EL 30 JULIO 2007

0507-1986-00220



11248717-01

Medicina General.

CLINICAS MEDICAS  
ÓPTICA  
FULL VISION  
VER Y VERSE BIEN

Calle Real de Comayagüela, entre 10ma y 11va calle, a una cuadra  
del Parque El Obelisco Tel.: 2222-0539, 3330-7123  
E-mail: misionfullvision@yahoo.com  
Lab. Clínico, Fisioterapia, Óptica, Odontología, Medicina General

Nombre del Paciente: Keyla Sofia Nataren

Edad: 4 años

Peso = 17 Kg.

Fecha: 5/04/19.

- Amoxicilina 6ml vo c/8h por 7d. # 1 Fw
- Loratadina. 2.5ml vo c/12h. # 1 Fw
- Ferri-doce 2.5ml vo y día # 1 Fw
- (Acetaminofen) → omitir.

(Rugala-1)



FIRMA

CLINICAS MEDICAS  
ÓPTICA  
FULL VISION  
VER Y VERSE BIEN

BRIGADAS OPTALMOLÓGICAS, ODONTOLÓGICAS Y MEDICINA EN GENERAL

Calle Real de Comayagüela, entre 10ma y 11va calle, a una cuadra  
del Parque El Obelisco Tel.: 2222-0539, 3330-7123  
E-mail: misionfullvision@yahoo.com  
Lab. Clínico, Fisioterapia, Óptica, Odontología, Medicina General

Nombre del Paciente:

Keyla Nataren

Edad: 4a

Fecha: 5/4/19

Apetil-Crece 1/2 vial c/día  
por 10 días

ó Apetito-C 2.5ml vo y día  
# 1 Fw





Propietario: Luis Abraham Hernández S.  
Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés  
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: drhernandezsorto@yahoo.es  
R.T.N. 06151978007406

CAJ: ECAAD1-8E46B9-F34E9-7CA220-DBD03C-11

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
| 07  | 05  | 19  |

No. Factura: 000-001-01-000 03858

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: 2A de C.

RTN:

[illegible]

Original: Cliente, Copia: Emisor

SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 2557-7415 R.T.N. 05241800046740, N°. CERTIFICACION 923-1-15-1690-43 HECHIA RECORD.COM BOGOTÁ

**AUTORIZACION MEDICA.**

83.\*



## CLINICA:

San Antonio de Cortes Dia 8 Mes abril del 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente:

Para compra de mais computadores.

En vista que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.

Agradeciendo la atención brindada.

Me suscribo de usted, (Nota: Factura no puede exceder el valor de Lps.500.00)

Firma/unidad técnica.

Firma Autorizada.7789899\*\*



San Antonio de cortes 01 de febrero de 2019

Señor Alcalde Municipal

Santos Antonio Murillo

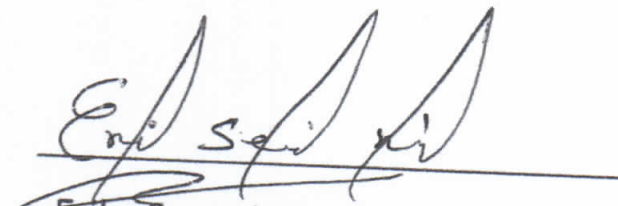
Presente.

Que Dios todopoderoso le bendiga y le de sabiduría para que realice correctamente todo lo que se propone.

El motivo de escribirle es para solicitarle una ayuda económica ya soy mujer, de escasos recursos y estoy mal de salud y solicito atención médica.

Agradeciendo su valiosa colaboración y rogando a Dios le bendiga siempre.

Atte.



Erika Senovia Madrid Fernández

0507-1980-00175



**CLINICA MEDICA Y VENTA DE MEDICAMENTOS  
"SAN ANTONIO"**

Propietario: Luis Abraham Hernández S.  
Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés  
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: dhernandezsorto@yahoo.es  
R.T.N. 00151976007406

CAT: ECAD01-8E40B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 19  | 03  | 19  |

No. Factura: 000-001-01-000 03659

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SAH

RTN: \_\_\_\_\_

| CANT.                                                                                                                      | DESCRIPCION  | P. UNIT. | VALOR Lps. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|------------|
| 1                                                                                                                          | caja Bolarid |          | 385.00     |
| <b>PAGADO</b>                                                                                                              |              |          |            |
| VENTA DE MEDICINAS<br>SAN ANTONIO<br>San Antonio de Cortés, Honduras                                                       |              |          |            |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004600<br>Fecha Límite de Emisión 08/03/2020                          |              |          |            |
| Orden de Compra Exenta No. _____<br>Consistencia de Registro de Exoneración No. _____<br>Registro Sector Agrario No. _____ |              |          |            |
| "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala!"                                                                               |              |          |            |
| FACTURA CONTADO <input type="checkbox"/> CREDITO <input type="checkbox"/>                                                  |              |          |            |
| CANTIDAD EN LETRAS _____                                                                                                   |              |          |            |
| TOTAL A PAGAR L. <u>385.00</u>                                                                                             |              |          |            |

Original: Cliente, Copia: Emisor SUPER PRINTER 9 DE JULIO DE 2017 TEL: 2557-7413 R.T.N. 00151976007406, P. CERTIFICACION 0017-15-1098-44 FERIA RECEPCION INADVERTIDA



**AUTORIZACION MÉDICA.**

**CLINICA:**

San Antonio de Cortés Día 31 Mes ENERO del 20 19

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Sr.(a): \_\_\_\_\_ Ident No. 0507198000175

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente: Enka Senovia Madrid F.

Para que pueda realizar exámenes médicos y  
compra de medicamento. R.A

En vista que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.  
Agradeciendo la atención brindada.

Me suscribo de usted, (Nota. Factura no puede exceder el valor de Lps.500.00)

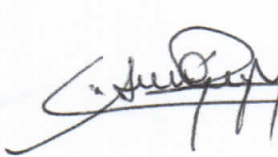
[Firma]  
Firma unidad técnica

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada.



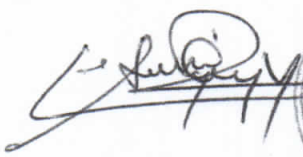
Erika Senovira Madrid.  
39 años  
31-01-19

- Colesterol
- Triglicéridos
- Ácido Úrico
- Glucosa
- Hemograma completo.


Erika Senovira Madrid.  
39 años  
31-01-19.

Bolivia 16mg v.o c/d x  
15 días  
# 15 ta


**REPÚBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

ERIKA SENOVIA / MADRID FERNANDEZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL: 04 ABRIL 1980  
SEXO: FEMENINO  
EMITIDA EL: 27 JUNIO 2012



0507-1980-00175

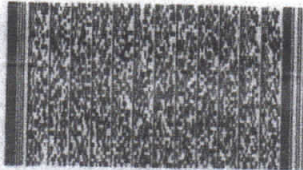


03032432-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

ERIKA SENOVIA / MADRID FERNANDEZ

0507-1980-00175

San Antonio de cortes 22 de 02 de 2019

Señor Alcalde Municipal

Santos Antonio Murillo

Presente.

Que Dios todopoderoso le bendiga y le de sabiduría para que realice correctamente todo lo que se propone.

El motivo de escribirle es para solicitarle una ayuda económica ya que me encuentro muy mal de salud y soy persona de escasos recursos económicos.

Agradeciendo su valiosa colaboración y rogando a Dios le bendiga siempre.

Atte.



---

Maria Julia Ramos



No hay atención médica en el CESAMO

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

MARIA JULIA / RAMOS MENJIVAR



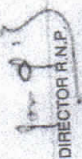
HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL: 17 FEBRERO 1977  
SEXO: FEMENINO  
EMITIDA EL: 05 OCTUBRE 2009



0507-1977-00099

01248149-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. - La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

MARIA JULIA / RAMOS MENJIVAR

0507-1977-00099

CAI: ECAAD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

No. Factura: 000-001-01-000 03667

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SAC

RTN:

| CANT.                                                                                                                                                                                                                         | DESCRIPCION         | P. UNIT.              | VALOR Lps.    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------|
| 13                                                                                                                                                                                                                            | IRS tabletas        |                       | 96.00         |
| 15                                                                                                                                                                                                                            | Etimox bronquial    | 8.00                  | 120.00        |
| 1                                                                                                                                                                                                                             | Ambrolite           |                       | 120.00        |
| 1                                                                                                                                                                                                                             | Ceftriaxona 7 Dexon |                       | 98.00         |
| 4                                                                                                                                                                                                                             | Nebulizaciones      | 25.00                 | 100.00        |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>VENTA DE MEDICINAS</b><br/> <b>SAN ANTONIO</b><br/> <b>PAGADO</b><br/>                     San Antonio de Cortés, Honduras                 </div> |                     |                       |               |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004600                                                                                                                                                                   |                     | Sub-Total L           |               |
| Fecha Límite de Emisión 09/03/2020                                                                                                                                                                                            |                     | Importe Exento L      |               |
| Orden de Compra Exenta No.                                                                                                                                                                                                    |                     | Importe Exonerado L   |               |
| Constancia de Registro de Exonerado No.                                                                                                                                                                                       |                     | Importe Grav. 15% L   |               |
| Registro Sector Agroindustrial No.                                                                                                                                                                                            |                     | Importe Grav. 18% L   |               |
| "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"                                                                                                                                                                                   |                     | Descuento y Rebajas L |               |
| <b>FACTURA</b> <input type="checkbox"/> <b>CONTADO</b> <input type="checkbox"/> <b>CREDITO</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                       |                     | ISV 15% L             |               |
| CANTIDAD EN LETRAS                                                                                                                                                                                                            |                     | ISV 18% L             |               |
| <b>TOTAL PAGAR L</b>                                                                                                                                                                                                          |                     |                       | <b>534.00</b> |

Original: Cliente, Copia: Emisor SUPER PAPER S DE RL DE CV TEL. 2507-7415 R.T.N. 0616000674 N° CERTIFICACION 8231-15-1009-45 FECHA RECEPCION 08/03/2019

### AUTORIZACION MÉDICA

CLINICA San Antonio

San Antonio de Cortés Día 22 Mes 02 Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la señora Ma. Julia Ramos Ident. N° 05071977-00099

Para que pueda ser atendida en ese centro médico esta muy mal de salud y solicita atención médica urgente.

En vista de que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.

Agradeciendo su atención brindada.

Me suscribo de ud. (Nota: esta factura no puede exceder el valor de L.500.00)

  
 Firma Unidad Técnica

  
 OMM y Niñez

\_\_\_\_\_  
 Firma Autorizada.

San Antonio de cortés

Sr. Alcalde Dr. Santos Murillo

Reciba un cordial saludo, deseando exitos  
en sus labores diarias.

El motivo de esta solicitud es para  
pedirle me ayude con la compra de  
medicamentos para mí  
ya que estoy mal de salud y no  
cuento con los medios para poder  
comprarla.

Esperando respuesta positiva  
a mi petición  
me despido atentamente.

Wendy Patricia G.  
0507-1982-00090

 **REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**WENDY PATRICIA / QUIROZ MEDINA**



HONDUREÑA POR : NACIMIENTO  
NACIO EL : 19 FEBRERO 1982  
SEXO : FEMENINO  
EMITIDA EL : 16 MARZO 2017

**0507-1982-00090**

  
04323107-02

**ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS:** Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

**WENDY PATRICIA / QUIROZ MEDINA**  
**0507-1982-00090**

CAI: ECAAD18E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

No. Factura: 000-001-01-000 03881

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SA de C.

RTN:

| CANT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DESCRIPCION | P. UNIT. | VALOR Lps.                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dermizol    |          | 105.00                                                                                                                                                                                            |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>VENTA DE MEDICINAS</b><br/> <b>SAN ANTONIO</b><br/> <b>PAGADO</b><br/> <small>San Antonio de Cortés, Honduras</small> </div>                                                                                                                                                                    |             |          |                                                                                                                                                                                                   |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004600<br>Fecha Límite de Emisión: 08/03/2020<br>Orden de Compra: Cliente No.<br>Constancia de Registro de Exonerado No.<br>Registro Sector Agroindustrial No.<br>"La Factura es Beneficio de Todos, Exíjala"<br><b>FACTURA</b> <input type="checkbox"/> <b>CREDITO</b> <input type="checkbox"/><br>CANTIDAD EN LETRAS |             |          | Sub-Total L.<br>Importe Exento L.<br>Importe Exonerado L.<br>Importe Grav. 15% L.<br>Importe Grav. 15% L.<br>Descuento y Rebajas L.<br>ISV 15% L.<br>ISV 15% L.<br><b>TOTAL A PAGAR L. 105.00</b> |

Original: Cliente. Copia: Emisor. SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 2557-4161 R.T.N. 691000000000, 17. CERTIFICACION 0201-15-5096-AS FECHA RECEPCION 08/03/20



## AUTORIZACION MÉDICA.

### CLINICA:

San Antonio de Cortés Día 19 Mes Diciembre del 20 2018

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Sr.(a):

Ident No.

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente:

Wendy Patricia Quiroz  
Para que pueda comprar medicamentos.

En vista que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración. Agradeciendo la atención brindada.

Me suscribo de usted, (Nota. Factura no puede exceder el valor de Lps.500.00)

*Kemical Chompa aplico el día x=7.*

Firma unidad técnica.

Firma Autorizada.



San Antonio de corte 14 febrero 2019

Sra. Rosa Valladares

Oficina de la mujer S.A.C.

Por medio de la presente solicito me ayude con la compra  
de medicamentos para lo cual presento Receta Medica.

Gracias por su atención.



Eva A. Díaz

Empleada Mpl.

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

EVA ANGELINA / DIAZ CHAVARRIA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL :12 SEPTIEMBRE 1956  
SEXO :FEMENINO  
EMITIDA EL :14 OCTUBRE 1997

0507-1956-00202



01386650-01

ARTICULO 104 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna autoridad o persona particular podrá privar de la tenencia de la Tarjeta de Identidad a otra persona, sino en virtud de Ley o sentencia fundada en Ley. La infracción de este artículo dará lugar a la sanción correspondiente.

*Confesión total*  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

EVA ANGELINA / DIAZ CHAVARRIA  
0507-1956-00202



# Clínica Médica San Rafael

Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

Cel: 9848-6966

Col. Montefresco, 28 y 29 calle, 11 Ave.

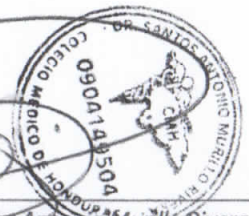
San Pedro Sula, Cortés

clinicamedicasanrafael@hotmail.com

Paciente: Eva Angelina Diaz  
Edad: 62 Fecha: 14 de 02 del 20 19

Rx

- Acetaminofen 1 cap v.o c/sh  
x 7 dias
- # 35 caps
- Acetaminofen como acetaminofen en  
el area.



Dr. Santos Antonio Murillo Rivera



Farmacia Simán 13 Calle  
Barrio Medina, 13 calle, ave. Juan Pablo II  
Tel: 2516-4311

Farmacia Simán El Pedregal  
Bo. El Centro, media cuadra abajo del  
parque central, frente a plaza Prosperity  
Tel: 2654-8116

**30%**  
DE DESCUENTO  
PARA TODO PÚBLICO

**40%**  
DE DESCUENTO PARA LA  
TERCERA EDAD

CAI: ECAAD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11  
 No. Factura: 000-001-01-000 03672  
 Cliente: Alcaldía Municipal  
 Dirección: SAC  
 RTN:

DIA MES AÑO  
 25 03 19

| CANT.                                                                                                                                                                                                    | DESCRIPCION     | P. UNIT. | VALOR Lps.                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|-------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                        | Caja Aciclovir  |          | 310.00                        |
| 1                                                                                                                                                                                                        | Aciclovir crema |          | 95.00                         |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>VENTA DE MEDICINAS</b><br/> <b>SAN ANTONIO</b><br/> <b>PAGADO</b><br/> <small>San Antonio de Cortés, Honduras</small> </div> |                 |          |                               |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004600                                                                                                                                              |                 |          | Sub-Total L                   |
| Fecha Límite de Emisión: 08/03/2020                                                                                                                                                                      |                 |          | Importe Exento L              |
| Orden de Compra Exento No.                                                                                                                                                                               |                 |          | Importe Exonerado L           |
| Constancia de Registro de Exonerado No.                                                                                                                                                                  |                 |          | Importe Grav. 15% L           |
| Registro Sector Agroindustrial No.                                                                                                                                                                       |                 |          | Importe Grav. 10% L           |
| "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"                                                                                                                                                              |                 |          | Descuento y Rebajas L         |
| <b>FACTURA</b> <input type="checkbox"/> CONTADO <input type="checkbox"/> CREDITO <input type="checkbox"/>                                                                                                |                 |          | ISV 15% L                     |
| CANTIDAD EN LETRAS                                                                                                                                                                                       |                 |          | ISV 10% L                     |
|                                                                                                                                                                                                          |                 |          | <b>TOTAL A PAGAR L 405.00</b> |

Original: Cliente, Copia: Emisor  
 SUPER PRINT 3 DE RL DE CY TEL. 2557-7415 R.T.N. 06151976007406 N° CERTIFICACION 9271-15-9299-48 FECHA RECEPCION 08/03/2020

**AUTORIZACION MÉDICA**

CLINICA Medica San Antonio

San Antonio de Cortés Día 14 Mes 03 Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la señora Erangelina Diaz Ident. N° 07071956-00202.

Para que pueda ser atendida en ese centro médico para medicamento  
según receta adjunta

En vista de que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.

Agradeciendo su atención brindada.

Me suscribo de ud. (Nota: esta factura no puede exceder el valor de L.500.00)

  
 Firma Unidad Técnica

  
 OMM y Niños

\_\_\_\_\_  
 Firma Autorizada.

San Antonio de Cortés 03 de Junio de 2019.

Señor Alcaldé Municipal

Santos Antonio Muxillo

Presente

Que Dios todopoderoso le bendiga y de de sabiduría  
Para que realice correctamente todo lo que se propone

El motivo de escribirle es para solicitarle una ayuda  
ayuda de unos medicamentos ya que no tengo el  
dinero para comprarlos

Agradeciéndole su valiosa colaboración y rogando a  
Dios le bendiga siempre.

Atte: Ely Dominguez Gonzalez.

 **REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

ELI / DOMINGUEZ GONZALEZ



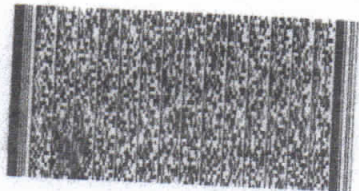
HONDUREÑA POR : NACIMIENTO  
NACIO EL : 21 ENERO 1982  
SEXO : FEMENINO  
EMITIDA EL : 21 OCTUBRE 2017

0318-1982-00153

  
10262668-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR RNP



SOLICITADA EN 0507

ELI / DOMINGUEZ GONZALEZ  
0318-1982-00153



# Clínica Médica San Rafael

Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

Cel: 9848-6966

Col. Montefresco, 28 y 29 calle, 11 Ave.

San Pedro Sula, Cortés

clinicamedicasanrafael@hotmail.com

Paciente:

Edad: 22 Fecha: 03 de 06 del 20 17

RX

- Gastroflux 2gts vo  
q 8 hrs x 5 di.  
#1 fco
- Modik 18gts vo d 12 hr  
x 3 di.  
#1 fco



Dr. Santos Antonio Murillo Rivera



Farmacia Simán 13 Calle  
Barrio Medina, 13 calle, ave. Juan Pablo II  
Tel: 2516-4311

Farmacia Simán El Pedregal  
Bo. El Centro, media cuadra abajo del  
parque central, frente a plaza Prosperity  
Tel: 2654-8116

30%  
DE DESCUENTO  
PARA TODO PÚBLICO

40%  
DE DESCUENTO PARA LA  
TERCERA EDAD



# Clínica Médica San Rafael

Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

Cel: 9848-6966

Col. Montefresco, 28 y 29 calle, 11 Ave.

San Pedro Sula, Cortés

clinicamedicasanrafael@hotmail.com

Paciente:

Edad: 82 Fecha: 03 de 06 del 20 17

RX

- Oleson IP 400 aplicar d 4 ho  
x 10 di.  
#1 fco



Dr. Santos Antonio Murillo Rivera



Farmacia Simán 13 Calle  
Barrio Medina, 13 calle, ave. Juan Pablo II  
Tel: 2516-4311

Farmacia Simán El Pedregal  
Bo. El Centro, media cuadra abajo del  
parque central, frente a plaza Prosperity  
Tel: 2654-8116

30%  
DE DESCUENTO  
PARA TODO PÚBLICO

40%  
DE DESCUENTO PARA LA  
TERCERA EDAD

CAT: ECAAD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

No. Factura: 000-001-01-000 03858

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SA de C.

RTN:

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 03  | 05  | 19  |

| CANT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DESCRIPCION       | P. UNIT.                                                                                                                                                                          | VALOR Lps.    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Oleosan I.P. 40mg |                                                                                                                                                                                   | 410.00        |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Gastroflux V      |                                                                                                                                                                                   | 439.00        |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nodik 30 ml       |                                                                                                                                                                                   | 139.00        |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>VENTA DE MEDICINAS</b><br/> <b>SAN ANTONIO</b><br/> <b>PAGADO</b><br/> <small>San Antonio de Cortés, Honduras</small> </div>                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                   |               |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004600<br>Fecha Límite de Emisión 06/03/2020<br>Orden de Compra Evento No. _____<br>Constancia de Registro de Exonerado No. _____<br>Registro Sector Agroindustrial No. _____<br>"La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"<br><b>FACTURA</b> <input type="checkbox"/> <b>CONTADO</b> <input type="checkbox"/> <b>CREDITO</b> |                   | Sub-Total L<br>Importe Exento L<br>Importe Exonerado L<br>Importe Grav. 15% L<br>Importe Grav. 18% L<br>Descuento y Rebajas L<br>ISV 15% L<br>ISV 18% L<br><b>TOTAL A PAGAR L</b> |               |
| <b>CANTIDAD EN LETRAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                                                                   | <b>988.00</b> |

Original: Cliente, Copia: Emisor    SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 2537-7416 R.T.N. 08095666476, N° CERTIFICACION 821-15-1096-45 FECHA RECEPCION 18/02/2019



# AUTORIZACION MÉDICA



CLINICA Medica San Antonio  
 San Antonio de Cortés Día 3 Mes Junio Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.  
 Por este medio se le recomienda a la Señora Eli Domínguez Ident. N° 0318-1982-00155  
 para que pueda ser atendida en ese centro médico para medicamento  
sus dos hijos  
 en vista que es una persona de escasos recursos económicos se le esta solicitando su colaboración.

Agradeciendo su atencion brindada.

Josue Escobar  
 Firma Unidad Técnica  
 SAN ANTONIO DE CORTÉS

[Firma]  
 Firma OMM y Niñez

Firma Autorizada

## Solicitud

Febrero 07 de 2018

**Dr. Santos Murillo**  
**Alcalde Municipal**  
**San Antonio de Cortés**

Distinguido Señor,

Por este medio me permito solicitarle de la manera más atenta y de no existir inconveniente, ayuda para compra de medicamentos que recetaron a mí madre, ya que soy una persona de escasos recursos económicos y actualmente estoy desempleada por esta razón no puedo cubrir con los gastos.

De antemano le agradecemos por la atención que se le dé a nuestra petición.

Atentamente,



*Mirna Mencia*  
Mirna Lizeth Mencia  
Id: 1801-1990-00880

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

MIRNA LIZETH / MENCIA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL 22 FEBRERO 1990  
SEXO FEMENINO  
EMITIDA EL 26 OCTUBRE 2012

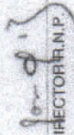


1801-1990-00880

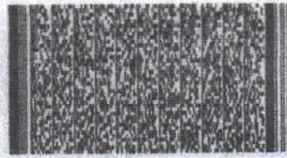


11297430-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR R.N.P.

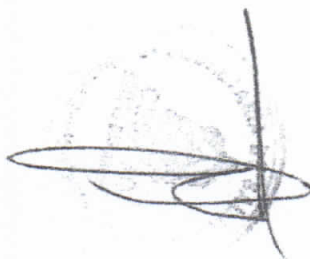


SOLICITADA EN 0504

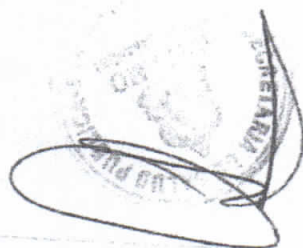
MIRNA LIZETH / MENCIA  
1801-1990-00880

-Dolo-vultaxo-  
Plas x 1 Ampm  
3 Dosis

07/02/18



-Retamatin Aplicar  
por las noches cada  
-Protector solar  
#90





# CLINICA MEDICA Y VENTA DE MEDICAMENTOS "SAN ANTONIO"

Propietario: Luis Abraham Hernández S.  
Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés  
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: dhermandezsorto@yahoo.es  
R.T.N. 08151978007406

CAL: ECAAD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 05  | 05  | 19  |

No. Factura: 000-001-01-000 03862

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SA de C.

RTN:

| CANT.                                                                                                               | DESCRIPCION  | P. UNIT. | VALOR Lps. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|------------|
| 1                                                                                                                   | Betarefin    |          | 360.00     |
| 1                                                                                                                   | Filtro solar |          | 395.00     |
| 3                                                                                                                   | Dolo doxplex | 120.00   | 360.00     |
|                                                                                                                     |              |          | ---        |
| <div><div>VENTA DE MEDICINAS<br/>SAN ANTONIO</div><div>PAGADO</div><div>San Antonio de Cortés, Honduras</div></div> |              |          |            |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004800                                                         |              |          |            |
| Fecha Límite de Emisión 08/03/2020                                                                                  |              |          |            |
| Orden de Compra Exenta No.                                                                                          |              |          |            |
| Constancia de Registro de Exonerado No.                                                                             |              |          |            |
| Registro Sector Agroindustrial No.                                                                                  |              |          |            |
| "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"                                                                         |              |          |            |
| FACTURA CONTADO <input type="checkbox"/> CREDITO <input type="checkbox"/>                                           |              |          |            |
| ANTIDAD EN LETRAS                                                                                                   |              |          |            |
| TOTAL A PAGAR                                                                                                       |              |          | 1,115.00   |

Super Print S de RL de CV TEL. 2552-2415 R.T.N. 801990004601 N° CERTIFICACION 02711516080-6 FECHA RECEPCION MED2019



## AUTORIZACION MÉDICA



CLINICA

San Antonio de Cortés Día 09 Mes abril Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Señora Mirnalizeth Menai Ident. N° 1801-1990-00880  
para que pueda ser atendida en ese centro médico para un medicamento

en vista que es una persona de escasos recursos económicos se le esta solicitando su colaboración.

Agradeciendo su atención brindada.

Firma Unidad Técnica

Firma Oficina y Niñez

Firma Autorizada

## SOLICITUD

San Antonio de Cortes, 08 marzo del 2019

Sr. Alcalde Municipal: Santos Antonio Murillo Rivera

Reciba un respetuoso y cordial saludo, deseando que el divino creador del universo les bendiga y les de la sabiduría para poder llevar el desarrollo de este municipio.

Por este medio yo Erlyn Johana Gómez, con identidad N° 0505-1991-00467, con mucho respeto me dirijo a ustedes con la intención de solicitarles una ayuda económica ya que me encuentro con problemas de salud y no cuento con los recursos económicos para cubrir todos los gastos.

Esperando una respuesta positiva a mi petición de antemano les agradezco.

Erlyn J. Gómez

Erlyn Johana Gómez

0507-1991-00467

96529707



**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

ERLYN JOHANA / GOMEZ REYES



IDENTIFICADA POR NACIMIENTO  
NACIMIENT. 04 OCTUBRE 1991  
SEYO FEMENINO  
EMITIDA EL 10 MARZO 2017

0505-1991-00467

  
12677960-02

ARTICULO 81 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR



SOLICITADA EN 0508

ERLYN JOHANA / GOMEZ REYES  
0505-1991-00467



# Clínica Médica San Rafael

Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

Cel: 9848-6966

Col. Montefresco, 28 y 29 calle, 11 Ave.

San Pedro Sula, Cortés

clinicamedicasanrafael@hotmail.com

Paciente: Felipe Ben  
Edad: 27 Fecha: 12 de 03 del 20 19

RX

- From doomy via  
C/d 5 + do  
# 7 + L.



Dr. Santos Antonio Murillo Rivera



Farmacia Simán 13 Calle  
Barrio Medina, 13 calle, ave. Juan Pablo II  
Tel: 2516-4311

Farmacia Simán El Pedregal  
Bo. El Centro, media cuadra abajo del  
parque central, frente a plaza Prosperity  
Tel: 2654-8116

**30%**  
DE DESCUENTO  
PARA TODO PÚBLICO

**40%**  
DE DESCUENTO PARA LA  
TERCERA EDAD



# CLINICA MEDICA Y VENTA DE MEDICAMENTOS "SAN ANTONIO"

Propietario: Luis Abraham Hernández S.  
Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés  
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: dhermandezsorto@yahoo.es  
R.T.N. 0815197607408

CAT: ECAAD18E46B9F34E9E7CA220DBD03C-11

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 11  | 05  | 19  |

No. Factura: 000-001-01-000 03882

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SA de C.

RTN:

| CANT.                                                                                              | DESCRIPCION | P. UNIT. | VALOR Lps. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------|------------|
| 7                                                                                                  | Fixim tab.  |          | 553.00     |
| <div>VENTA DE MEDICINAS<br/>SAN ANTONIO<br/>PAGADO<br/>San Antonio de Cortés, Honduras</div>       |             |          |            |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004600                                        |             |          |            |
| Fecha Límite de Emisión 08/03/2020                                                                 |             |          |            |
| Orden de Compra Exento No.                                                                         |             |          |            |
| Constancia de Registro de Exonerado No.                                                            |             |          |            |
| Registro Sector Agroindustrial No.                                                                 |             |          |            |
| "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"                                                        |             |          |            |
| FACTURA <input type="checkbox"/> CONTADO <input type="checkbox"/> CREDITO <input type="checkbox"/> |             |          |            |
| CANTIDAD EN LETRAS                                                                                 |             |          |            |
| TOTAL PAGAR L                                                                                      |             |          | 553.00     |

Original: Cliente, Copia: Emisor SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 2607-7415 FAX 6801066608 FAX CERTIFICACION 820-15-1998-045 FERIA RECOPON 18332810

## AUTORIZACION MÉDICA

CLINICA Medica San Antonio

San Antonio de Cortés Día 12 Mes Marzo Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la señora Erlin Johana Gomez Ident. N° 03851991-00467

Para que pueda ser atendida en ese centro médico para medicamento.

En vista de que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.

Agradeciendo su atención brindada.

Me suscribo de ud. (Nota: esta factura no puede exceder el valor de L.500.00)



Firma Unidad Técnica



OMM y Niñez

Firma Autorizada.

San Antonio de cortés  
28 de marzo 2019

Excelentísimo Señor alcalde municipal, Santos Antonio murillo. le saluda muy cordialmente esperando se encuentre muy bien de salud.

El motivo de esta Presente. es para solicitarle una ayuda de un medicamento que necesito con urgencia los medicamentos son los siguientes: Cefixim y Imtrafer amp bebibles y a que me encuentre en estado de embarazo y no cuento con dinero para poderlas comprar. espero su ayuda.

IRIS AMANDA VASQUEZ DIAZ  
A/H.

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

**IRIS AMANDA / VASQUEZ DIAZ**

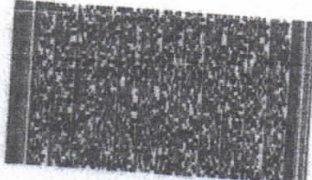
HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL : 10 DICIEMBRE 1997  
SEXO : FEMENINO  
EMITIDA EL : 04 SEPTIEMBRE 2018

**0507-1998-00567**

  
10705740-01

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

**IRIS AMANDA / VASQUEZ DIAZ**  
**0507-1998-00567**



CLINICA MEDICA Y VENTA DE MEDICAMENTOS

"SAN ANTONIO"

Propietario: Luis Abraham Hernández S.  
Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés  
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: dhernandezsorto@yahoo.es  
R.T.N. 06151976007406

| DIA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|
| 10  | 05  | 19  |

CAI: ECAAD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

No. Factura: 000-001-01-000 03877

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SA de C.

RTN:

| CANT.                                                                                               | DESCRIPCION      | P. UNIT. | VALOR Lps.            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|-----------------------|
| 7                                                                                                   | fixim tab.       |          | 539.00                |
| 1                                                                                                   | Caja Intrafer AB |          | 435.00                |
|                                                                                                     |                  |          | --                    |
| <div>VENTA DE MEDICINAS<br/>SAN ANTONIO<br/>San Antonio de Cortés, Honduras<br/><b>PAGADO</b></div> |                  |          |                       |
|                                                                                                     |                  |          |                       |
|                                                                                                     |                  |          |                       |
|                                                                                                     |                  |          |                       |
|                                                                                                     |                  |          |                       |
|                                                                                                     |                  |          |                       |
|                                                                                                     |                  |          |                       |
|                                                                                                     |                  |          |                       |
|                                                                                                     |                  |          |                       |
|                                                                                                     |                  |          |                       |
| Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004600                                         |                  |          | Sub-Total L           |
| Fecha Límite de Emisión 08/03/2020                                                                  |                  |          | Importe Exento L      |
| Orden de Compra Exento No.                                                                          |                  |          | Importe Exonerado L   |
| Constancia de Registro de Exonerado No.                                                             |                  |          | Importe Grav. 15% L   |
| Registro Sector Agroindustrial No.                                                                  |                  |          | Importe Grav. 16% L   |
| "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"                                                         |                  |          | Descuento y Rebajas L |
| FACTURA <input type="checkbox"/> CONTADO <input type="checkbox"/> CREDITO <input type="checkbox"/>  |                  |          | ISV 15% L             |
| CANTIDAD EN LETRAS                                                                                  |                  |          | ISV 16% L             |
|                                                                                                     |                  |          | TOTAL A PAGAR L       |

Original: Cliente, Copia: Emisor SUPER PRINT S DE RL DE CO TEL. 2667-4488 R.T.N. 06151976007406, N° CERTIFICACION 031-15-0096-AS FECHA RECEPCION 06/03/19

## AUTORIZACION MÉDICA

CLINICA Medica San Antonio

San Antonio de Cortés Día 29 Mes Marzo Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la señora Sra. Amado Viqueza

Para que pueda ser atendida en ese centro médico Para medicamentos según

receta adjunta

En vista de que es una persona de escasos recursos económicos se le está solicitando su colaboración.

Agradeciendo su atención brindada.

Me suscribo de ud. (Nota: esta factura no puede exceder el valor de L.500.00)

Firma Unidad Técnica

OMM y Niñez

Firma Autorizada.

San Antonio de Cortes, Cortes

09/04/2019

Honorable Corporacion Municipal.

De: Marta Hernández Lara.

Para: Sr. Alcalde : Dr: Santos Murillo.

Que tenga un maravilloso día lleno de muchas bendiciones a lado de su familia y en su respetable lugar de trabajo. Con este corto saludo paso al siguiente:

Yo Marta Hernández Lara, Id: 0507-1977-00377 Solicito de su apoyo para poder realizar la compra de mis medicamento ya que no cuento con el dinero necesario por mis bajos recursos economicos no puedo obtener de ellos y son resetas por 6 meses, espero de su apoyo. • Bendiciones

Gracias.

REPUBLICA DE HONDURAS  
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
 TARJETA DE IDENTIDAD

MARTHA / HERNANDEZ LARA



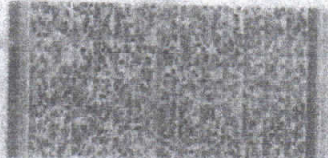
HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
 NACIO EL 16 AGOSTO 1977  
 FEMENINO  
 NACIDA EL 09 OCTUBRE 2008

0507-1977-00377



REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
 SOLICITADA EN 0507

2008



MARTHA / HERNANDEZ LARA  
 0507-1977-00377



# LIGA CONTRA EL CÁNCER CLÍNICA

*Dr. Oscar Raudales Barahona.*

10 - 11 Ave., 8 Calle, S.O. No. 51, Bo. Suyapa, San Pedro Sula, Honduras, C.A.  
Tel.: 2550-6501, 2550-0999, 2553-4650, Fax: 2550-7622

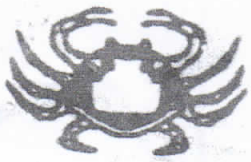
Nombre: MARIA H02 Edad: 41  
21 de: MARZO del 2019

Rx Fluvix ## frasco

1,260.00



**¡AYUDENOS A SALVAR UNA VIDA!**



# LIGA CONTRA EL CÁNCER CLÍNICA

*Dr. Oscar Raudales Barahona.*

10 - 11 Ave., 8 Calle, S.O. No. 51, Bo. Suyapa, San Pedro Sula, Honduras, C.A.  
Tel.: 2550-6501, 2550-0998, 2553-4650, Fax: 2550-7622

Nombre: Marta Hernandez Lara

Edad: 41a.

21 de: Marzo del 201 9

Rx ① Acromona

1 ovulo vaginal c/noche.  
#6.

② Aquavit E.

1 cap V.O c/dia  
# 1 frasco.



**MÉDICO**

**¡AYUDENOS A SALVAR UNA VIDA!**



R.T.N. 06151976007406

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
| 11  | 05  | 19  |

Cliente: Alejandro Muriuza

RTN:

[illegible]

Oficina Municipal  
de la  
**Mujer**  
Asesoría, Equidad y Desarrollo  
San Antonio de los Baños

CLINICA \_\_\_\_\_  
San Antonio del Cortés Dia 09 Mes abril Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.  
Por este medio se le recomienda a la Señora Marta Hernández Lara Ident. N° 05071977-00317  
para que pueda ser atendida en ese centro médico para medicamento.

en vista que es una persona de escasos recursos económicos ae le esta solicitando su colaboración.

Agradeciendo su atencion brindada.

Me suscribo de Ud. (NOTA: Esta factura no puede exceder el valor de L. 500.00)

**Firma Unidad Técnica**

Firma OMM y Niñez

Firma Autorizada