

San Antonio Cortés

18/12/2018

Señor alcalde Municipal: Santos Morillo
Su oficina.

Por medio de la presente hago solicitud a su persona
Para la ayuda de una receta medica, ya que
me encuentro de escasos recursos y no puedo cubrir
los gastos.

Espero su pronta respuesta.

Mirian Sarahi Rosales Miranda

0507-1995-00273

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

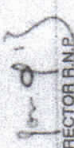
MIRIAN SARAHI / ROSALES MIRANDA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL : 13 JULIO 1995
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 17 AGOSTO 2013

0507-1995-00273 
14294682-01

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

MIRIAN SARAHI / ROSALES MIRANDA
0507-1995-00273



**CLINICA MEDICA Y VENTA DE MEDICAMENTOS.
"SAN ANTONIO"**
Proprietario: Luis Abraham Hernández S.
Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: dhiernandezsorto@yahoo.es
R.T.N. 0615197907408

DIA	MES	AÑO
27	03	19

NO. Factura: 000-001-01-000 03665
 Cliente: Alcaldía Municipal
 Dirección: en

Dirección: SAC

RTN:

[illegible]

Original: Cliente, Copia: Emisor

Firma Autorizada





SOLICITUD DE AYUDA SOCIAL

Tipo de ayuda: Atención Médica Monto: _____
Nombre del solicitante: Lucio Mendoza Fecha: _____

Por medio de la presente hago la solicitud de una ayuda social tomando en cuenta la generosidad y apoyo que esta organización brinda a los vecinos del municipio que más lo necesitan.

Motivo de la ayuda Sr. Alvaro por medio de la presente
le solicito su ayuda con atención médica
ya que me encuentro muy mal de salud y
no cuento con los recursos económicos para
mi tratamiento

Domicilio del solicitante: B- Plan Verde S.A.S.

Firma: X

Nº de identidad: _____

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

LUCIA / MENDOZA



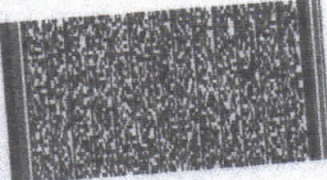
HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 25 JULIO 1958
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 27 NOVIEMBRE 2008

1315-1981-00518



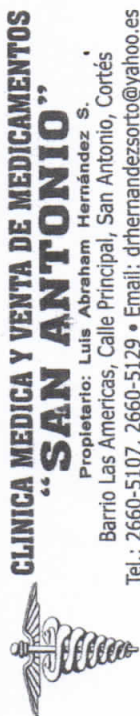
01247217-02

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.



SOLICITADA EN 0607

LUCIA / MENDOZA
1315-1981-00518



**(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: dhrmandezsorto@yahoo.es
R.T.N. 06151976007406

DIA	MES	AÑO
20	03	19

No. Factura: 000-001-01-000 03664

Cliente: Alcalbija Municipal

Dirección: SAC

RTN:

[illegible]

Original: Cliente. Copia: Emisor

AUTORIZACION MÉDICA

San Antonio de Cortes Día 14 Mes Enero del 2019
Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus fines.

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

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente: Lucia Mendoza Ident. No. 1315-1981-00518
medica.

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 unida

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 con discapacidad y estoy mal de salud y solicito atención médica.

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

Atte.

X

María Antonia Martínez Maldonado

0101-1972-00160

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

MARIA ANTONIA / MARTINEZ MALDONADO



HONDURAS POR NACIMIENTO
 NACIDA EL 20 ENERO 1972
 SEXO FEMENINO
 EXPIRA EL 20 ENERO 2007

0101-1972-00160

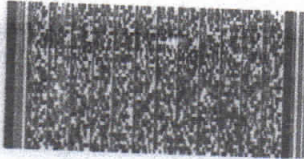


03425559-02

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 N.R.P.



SOLICITADA EN 0501

MARIA ANTONIA / MARTINEZ MALDONADO

0101-1972-00160



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: Manz Antonio
Edad: 47 Fecha: 28 de 09 del 20 19

RX

Ondason simple gel
con alcohol 1 de 300
A 1 fco.

[Handwritten signature]



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

30%
40%
DE DESCUENTO
PARA LA
TERCERA VENTA



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: drhernandezsorto@yahoo.es
R.T.N. 06151976007406

CAI: ECAAD1-8E46B9F34E9E-7CA220-DBD03C-11

DIA	MES	AÑO
20	03	19

No. Factura: 000-001-01-000 03662

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SAC

RTN:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	VALOR Lps.
1	Oleosan		530.00
VENTA DE MEDICINAS SAN ANTONIO PAGADO San Antonio de Cortés, 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 Agroindustrial No. "La Factura es Beneficio de Todos. Exijala" FACTURA ☐ CONTADO ☐ CREDITO ☐ CANTIDAD EN LETRAS			
Sub-Total L			530.00
Importe Exento L			
Importe Exonerado L			
Importe Grav. 15% L			
Importe Grav. 10% L			
Descuento y Rebajas L			
ISV 15% L			
ISV 10% L			
TOTAL A PAGAR L			530.00

Original: Cliente, Copia: Emisor SUPERA PRINT S DE RL DE CV TEL. 2657-1416/1417 FAX 2657-1416/1417 CERTIFICACION 8271-S-16089-45 FECHA RECEPCION MARZO 2019



AUTORIZACION MÉDICA.

CLINICA:

Medica San Antonio

San Antonio de Cortés Día 20 Mes Enero del 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

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

Ident No. 0101 1978-00160

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

el medicamento según receta a seguir

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 08 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 que me siento muy mal de salud y no tengo los recursos económicos para recibir atención médica.

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

Atte.



A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned above a horizontal line.

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

NORA ISABEL / CASTELLANOS CUELLAR



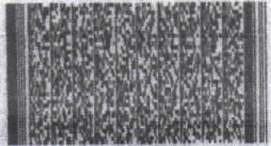
HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 03 OCTUBRE 1990
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL 02 AGOSTO 2009

0507-1990-00514 

11796204-01

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
NORA ISABEL / CASTELLANOS CUELLAR
0507-1990-00514

Nombre del paciente: Nora Cruz Fecha: _____
Roberto Cruz Edad: _____
Direccion: _____ Sexo: _____

① Zibronac
3 e/día

② Abritor 1 cada
e/8 hrs
#1100



Firma del Medico

Nombre del Medico

Aminopar
Tabletas

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: dhiernandezsorto@yahoo.es
 R.T.N. 06151978007406

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

No. Factura: 000-001-01-000 03636

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SAC.

RTN:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	VALOR Lps.
1	Abolir jarabe		235.00
1	Caja Autrenitino		145.00

VENTA DE MEDICINAS SAN ANTONIO PAGADO San Antonio de Cortés, Honduras			
Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004600			
Fecha Límite de Emisión 09/03/2020			
Orden de Compra Exenta No.			Sub-Total L
Constancia de Registro de Exonerado No.			Importe Exento L
Registro Sector Agroindustrial No.			Importe Exonerado L
"La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"			Importe Grav. 15% L
FACTURA CONTADO ☐ CREDITO ☐			Importe Grav. 18% L
CANTIDAD EN LETRAS			Descuento y Rebajas L
			ISV 15% L
			ISV 18% L
			TOTAL A PAGAR L 480.00

Original: Cliente, Copia: Emisor
 SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 2557-2416 R.T.N. 061600007406 N° CERTIFICACION 3371-15-1998-4 FECHA RECEPCION 09/03/2019

AUTORIZACION MÉDICA

CLINICA Médica San Antonio

San Antonio de Cortés Día 08 Mes 02 Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la señora Norei Escobar Castellanos Ident. N° 0507-1990-00514

Para que pueda ser atendida en ese centro médico ya que está muy mal de salud. Mujer de escasos recursos económicos

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


Oficina de la Mujer

Firma Autorizada.

San Antonio de Cortes
10/12/2018

Solicitud

doctor santos murillo
alcalde municipal

Resibo un cordial saludo de mi parte

Por este medio le estoy solisitando me ayude

Para realisar me unos exámenes medicos y medicamentas

Yo soy una persona de bajos Recursos económicos

Gracias

He y di yulibeth Diaz vasques



[Handwritten signature and initials over the stamp]

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

HEIDY YULIBETH / DIAZ VASQUEZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL : 28 JULIO 2000
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 30 AGOSTO 2018

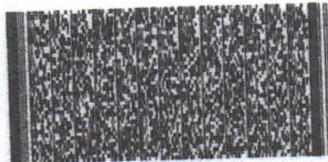
0505-2001-00013



16786617-01

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

HEIDY YULIBETH / DIAZ VASQUEZ

0505-2001-00013

Heydr Diaz. 18a-
21/11/18

^{1425.00}
- Acfol Complete
1 tab vo 4 dia.

^{228.00}
- Gesemet 1 tab 1 bote.
#30 v.o 4 dia





Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: drhernandezsorto@yahoo.es

R.T.N. 06151976007406

CAL: ECAD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

DIA	MES	AÑO
10	03	19

No. Factura: 000-001-01-000

03633
Alcaldía Municipal

Dirección:

RTN:

[illegible]

CLINICA:

San Antonio de Cortes Día 10 Mes Diciembre del 20 18

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

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

Ident. No

Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente: Herdy Yulibeth Diaz Vasquez
Para Recibe Exámenes medicos y 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

- San Antonio de Cortés

Srt. Alcalde Municipal
Dr. Santos Antonio Murillo
Su Oficina

Por medio de la presente le solicito los medicamentos prescritos en la receta medica para mi hijo ya que no me encuentro con recurso economicos suficientes para comprarlos, de antemano agradezco y espero pronta y grata respuesta.
atte. Johany Quiroz

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

JOHARY ISABEL / QUIROZ AVILA



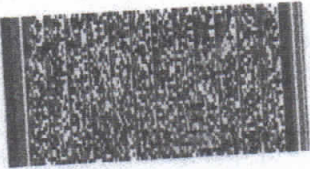
HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL : 26 JULIO 1993
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 03 OCTUBRE 2017

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

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

DIA	MES	AÑO
11	05	19

No. Factura: 000-001-01-000 03883

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SA de C.

RTN:

[illegible]

61650 POINT S NE DI DE CV TEL 2667 7415 R TN 65019000M6748 N° CERTIFICACION 9231-15-1038-4E FECHA RECEPCION 00/03/2019

AUTORIZACION MÉDICA

CLINICA Medica San Antonio

San Antonio de Cortés Día 20 Mes Marzo Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la señora Johary Isabel Q. Ident. N°

Para que pueda ser atendida en ese centro médico para medicamento de Su Hija

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)

José Zúñiga

Firma Unidad Técnica

OMM y Niñez

Firma Autorizada.

San Antonio de Cortes 19 de febrero de 2019

Señor Alcalde Municipal

Santos Antonio Morillo

Presente.

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

El motivo de escribirle es para solicitarle una ayuda economica para mi salud, ya que me encuentro con un dolor en hueso de la pierna.

Agradeciendo su valiosa colaboracion y rogando a dios le bendiga siempre.

Atte

Ilda Guadalupe Ebra Menjivar.



REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

ILDA GUADALUPE / EBORA MENJIVAR



HONDUREÑA POR : NACIMIENTO
NACIO EL : 18 OCTUBRE 1980
SEKO : FEMENINO
EMITIDA EL : 16 OCTUBRE 2013

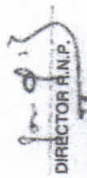


0507-1980-00491

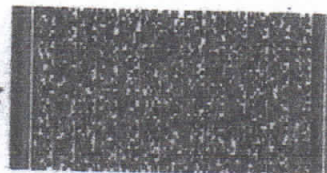


03032153-02

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 0807

ILDA GUADALUPE / EBORA MENJIVAR

0507-1980-00491



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:

Hilda Fero

Edad: 38a

Fecha:

19

de

02

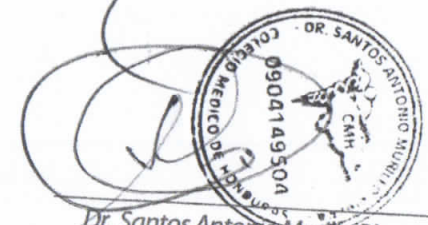
del 20

19

Rx

- Gabapentin 75mg v.o c/día
x 15 días H.S.

#165



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

San Antonio de Cortés, Cortés

Dr. Santo Antonio Morillo

Alcalde Municipal de San Antonio de Cortés

Por este medio tenga un cordial Saludo de mi parte.

El motivo es para Solicitarle una ayuda en atención medica ya que necesito comprar un medicamento ya que soy mujer de escasos recursos economicos.

Atte. Merlin Gissell Medina

9853-2522

 **RNP**

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

MERLIN GISELL / MEDINA ORELLANA



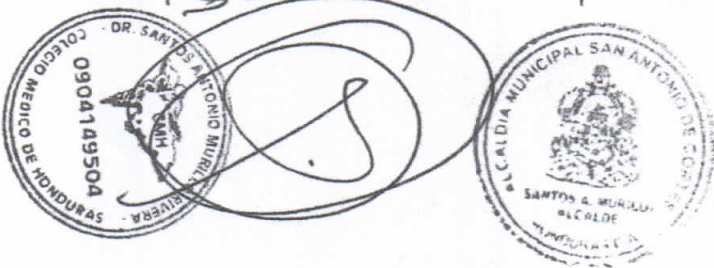
HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 04 JUNIO 1998
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL 01 SEPTIEMBRE 2016

0507-1998-00649


15849879-01

Dr. Anura Micretra Aparcería.

* Fekel 800 / cap. v.o el día x 30 día
#30





LABORATORIO CLINICO VEGA

RESULTADO DE ANALISIS CLINICO

PACIENTE : MERLIN GISELL MEDINA
DOCTOR :
ORDEN : 4

EDAD : 20 AÑOS
FECHA : 22/02/19
SEXO : F

UROANALISIS :

COLOR : AMARILLO ASPECTO : TURBIO

GE : 1,025 pH : 5

BILIRRUBINA : NEGATIVO
UROBILINOGENO : NEGATIVO
CETONAS : NEGATIVO
ACIDO ASCORBICO : NEGATIVO
GLUCOSA : NEGATIVO

PROTEINAS : NEGATIVO
SANGRE OCULTA : NEGATIVO
NITRITOS : NEGATIVO
LEUCOCITOS : POSITIVO ++

Dx: I.T.O.

SEDIMENTO

: Cel. Epiteliales : Abundantes
: Eritrocitos : 1 - 2 x campo
: Leucocitos : 38 - 45 x campo
: Bacterias : Abundantes
: Cristales : Oxalato de Calcio Moderados
: Moco : Escaso
: Cilindros : No se Observo

*Antox 500 mg v-o
c/12 horas x
7 días*

OBSERVACION : NINGUNA

GENERAL DE HECES

COLOR : CAFÉ
CONCISTENCIA : BLANDA
SANGRE OCULTA : NEGATIVO
LEUCOCITOS : NO SE OBSERVARON
PARASITOS : Quistes Endolimax nana (+), Iodamoeba butschlii (+)
Blastocystis hominis < 5 x campo
MOCO : ESCASO



OBSERVACIONES : NINGUNA

1) Dx: Paratuberculosis Intestinal.

Tx: Nodix 1000 v-o c/12 h x 2 días

#6.



Dra. Greysi Vega

Barrio Sotero Barahona, Instalaciones de Centro Médico San Antonio
Telefono: 3330-7991/26605109
E-mail laboratorioclinicovega@gmail.com



Firma Autorizada.

San Antonio de Cortes 28/11/2018

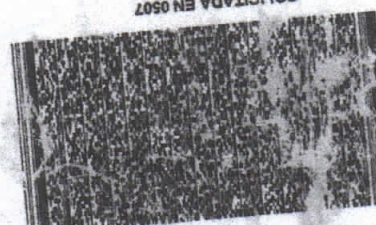
Buenas tardes señor alcalde el motivo de
aserte esta solicitud es para pedirle una
ayudita para unos medicamentos porque
soy una persona de bajos recursos.



Maria Lucrecia Hernandez
0502-1989-020227


REPUBLICA DE HONDURAS
NACIONAL DE IDENTIDAD
TA DE IDENTIDAD
MARIA LUCRECIA / HERNANDEZ MOLINA

HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 17 FEBRERO 1970
MEXICO
EL 13 SEPTIEMBRE 1999
0502-1989-02027


MARIA LUCRECIA / HERNANDEZ MOLINA
0502-1989-02027
SOLICITADA EN 0507



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 acción de este artículo dará lugar a la sanción correspondiente.



K.I.N. 06151976007406

DÍA	MES	AÑO
11	03	19

No. Factura: 000-001-01-000

0.3034
 Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección:

RTN:

[illegible]**AUTORIZACION MÉDICA**

CLINICA:

San Antonio de Cortes Día 28 Mes Noviembre del 2018

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda al Sr. (a): Maria Leticia Hernandez Ident. No. 0502 1989 02027

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

para 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.



San Antonio de cortes 09 de abril de 2019

Señor Alcalde Municipal

Santos Antonio Murillo

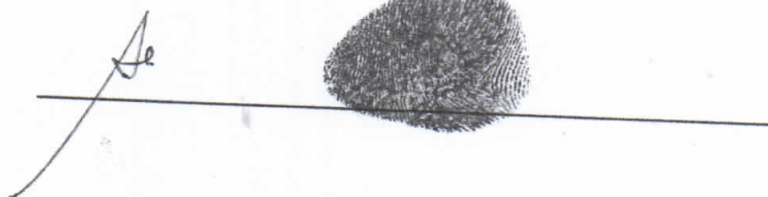
Presente.

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 estoy mal de salud y necesito comprar un medicamento que no está a mi alcance debido a su precio por eso acudo a Ud. ya que soy una mujer con de tercera edad y no puedo trabajar debido a mi avanzada edad.

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

Atte.

A horizontal line is drawn across the page. To the left of the line is a handwritten signature that appears to be 'Ae'. To the right of the line is a dark, circular fingerprint.

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

MARIA IMPLISITA / VARELA PEREZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
 NACIO EL: 15 ENERO 1933
 SEXO: FEMENINO
 EMBTIDA EL: 12 OCTUBRE 1997

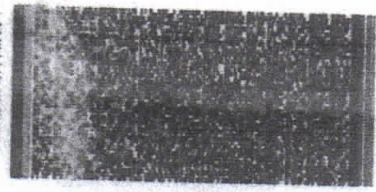
1003-1933-00011



01410033-01

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.

Director RNP
 DIRECTOR RNP



SOLICITADA EN 0504

MARIA IMPLISITA / VARELA PEREZ
1003-1933-00011



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: Maria Trujillo Varela
Edad: 85a Fecha: 09 de 09 del 20 17

Rx

- Enalapril 25mg v.o c/d 2 horas x
5 días.

#10.

- Ranitidina 150mg v.o c/d
x 15 días.

#15.

[Handwritten signature]



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

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SA de C

RTN:

[illegible]

Original: Cliente, Copia: Emisor

**AUTORIZACION MÉDICA**

CLINICA

San Antonio del Cortés Día 09 Mes 04 Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Señora Maria Implisita Ident. N° 1003-1933-0001 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 atención brindada.

Me suscribo de Ud.

Firma Unidad Técnica

Firma OMM y Niñez

Firma Autorizada

San Antonio de cortes 31 de mayo 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 ya me encuentro muy mal de salud y no tengo recursos económicos para tratarme.

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

Atte.



Jesus Varela

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

JESUS / VARELA



HONDUREÑA POR : NACIMIENTO
NACIO EL : 18 ENERO 1955
SEXO : FEMENINO
EMITIDA EL : 23 ABRIL 2012

0507-1955-00021



01676886-03

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 R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

JESUS / VARELA
0507-1955-00021



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: Maria de Jesus Varela
Edad: 65 Fecha: 31 de 05 del 20 19

Rx

+ Depanoban 1 mg 1M
1/2 x 3 d.
#3 mg.

3


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



AUTORIZACION MÉDICA



CLINICA Médica San Antonio
San Antonio del Cortés Día 31 Mes Mayo Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Señora Jesus Varela Ident. N° 00071955-00021
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.

Josue Zuniga
Firma Unidad Técnica

[Signature]
Firma OMM y Niñez

[Signature]
Firma Autorizada

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: drhernandezsorto@yahoo.es
R.T.N. 08151978007406

DÍA MES AÑO
06 05 19

No. Factura: 000-001-01-000 03866

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: 3A de C.

RTN:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	VALOR Lps.
3	Dexanuebion	255.00	765.00
VENTA DE MEDICINAS PAGADO San Antonio de Cortés, Honduras			
Rango Autorizado: 000-001-01-00003601 - 000-001-01-00004600 Fecha Límite de Emisión 08/03/2020 Orden de Compra Venta No. _____ Constancia de Registro de Exonerado No. _____ Registro Sector Agroindustrial No. _____ "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala" FACTURA ☐ CONTADO ☐ CREDITO ☐ CANTIDAD EN LETRAS _____			
Sub-Total L.			
Importe Exento L.			
Importe Exonerado L.			
Importe Grav. 15% L.			
Importe Grav. 0% L.			
Descuento y Rebajas L.			
ISV 15% L.			
ISV 10% L.			
TOTAL A PAGAR L.			765.00

Original: Cliente, Copia: Emisor
SUPERINTENDENTE DE AL. DE CY TEL. 2657-2449 R.T.N. 0919000474 N° CERTIFICACION 823-15-1989-4 FICHA REC-0001 W030218

San Antonio de cortés 31/5/19

Señor alcalde municipal Santos Antonio Murillos.
le saludo muy Respetuosamente deseándole exitos
en tan delicadas labores diarias. el motivo de la
de la nota es para solicitarle me ayude con
la compra de estos Medicamentos q. se me an
Resetado. y no puedo comprarlos por falta de Recu
Economicos y los necesito de urgencia. le agre
ceremuchos esperando una respuesta Positiva.

Pronta. att. Erika Senovia Madrid. con Ide

0507 1980 00175

REPUBLICA 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

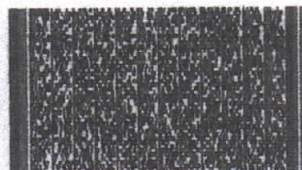


0507-1980-00175


03022432-02

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



CLINICA MEDICA

Peña Blanca, Cortés
No. Colegiación 1111964765

Día	Mes	Año
30	5	19

Paciente:

Cerezo Andres

Edad:

39 años

Rx.

Fluoroc Pack 2

A Espina



~~Denervación~~ 1 sup 1M C2 des pndia
Denervación

CEL: 99414537

Dra. Sorbia Mejia



CLINICA MEDICA

Peña Blanca, Cortés
No. Colegiación 1111964765

Día	Mes	Año
30	5	19

Paciente:

Cerezo Andres

Edad:

39 años

Rx.

3 Aselitol 1000mg
bebles
A 1/3r bebles



CEL: 99414537

Dra. Sorbia Mejia



Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: dihernandezorto@yahoo.es
B.T.N. 081873607706

CAI: ECAD1-8E46B9-F34E9-7CA220-DBD03C-11

DIA	MES	ANO
05	05	19

No. Factura: 000-001-01-000 03864

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SA de C.

RTN:

[illegible]

Original: Oseme, Copla: Emisor

SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 2557-7415 R.T.N. 05019600046749, N°. CERTIFICACION 9231-15-10500-45 FECHA RECEPCION 09/07/2011

AUTORIZACION MÉDICA



Oficina Municipal
de la
Mujer
Unidad, Equidad y Respuesta
Ante Situación de Crisis

CLINICA Medica San Antonio
San Antonio del Cortés Dia 31 Mes Mayo Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Señora Erika Benavides M Ident. N° 0507-1980-00175
para que pueda ser atendida en ese centro médico para medicamentos

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

Agradeciendo su atencion brindada.



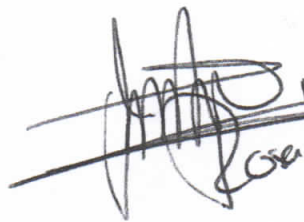
San Antonio de Costis 05 de junio de 2019
Señor alcalde municipal
Dr Santos Muriel

Con el agrado de siempre le estoy solicitando
por este medio me ayude con la compra
de un medicamento.

Soy madre soltera de escasos recursos económicos

En espera de su ayuda

att.


Rosa Tatiana

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

JUANA ROSA / VALLADARES BRIONES



HONOLUNA POR NACIMIENTO
NACIDA EL 24 DE AÑO 1979
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 30 DE JULIO 2005

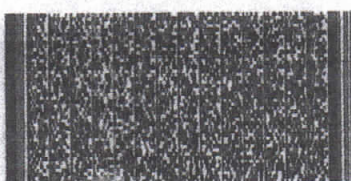


0507-1979-00336

03031588-02

ARTICULO 104 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna autoridad o persona particular podrá privar de la vigencia 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.


DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 0507

JUANA ROSA / VALLADARES BRIONES
0507-1979-00336



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: Rosa Vallodres
Edad: 31 Fecha: 31 de 05 del 20 09

Rx

- Huevo 11ab u-o
cl h x 30 d.
#60.


9504.

Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

 **Farmacia**
Simán
Tu farmacia completa

Farmacia Simán 13 Calle
Barrio Medina, 13 calle, aye. 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: drherrandezsorto@yahoo.es

R.T.N. 06151976007406

CAL: ECAADY-0E40B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

DIA	MES	AÑO
12	05	19

No. Factura: 000-001-01-000 03887

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SA del

RTN: _____

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	VALOR Lps.
2	cajas Nucleo	296.00	592.00
PAGADO VENTA DE MEDICAMENTOS SAN ANTONIO San Antonio de Cortés, Honduras			
Rango Autorizado: 000-001-01-00003801 - 000-001-01-00004600 Fecha Límite de Emisión 08/03/2020			
Orden de Compra Evento No. _____ Constante de Registro de Evento No. _____ Registro Sector Agronómico No. _____ "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala" FACTURA ☐ CONTADO ☐ CREDITO ☐			
CANTIDAD EN LETRAS _____			
Sub-Total L.			
Imposto Evento L.			
Imposto Exonerado L.			
Imposto Gen. 15% L.			
Imposto Gen. 15% L.			
Descuento y Rebaja L.			
ISL 15% L.			
ISL 10% L.			
TOTAL A PAGAR L.			592.00

Original: Cliente, Copia: Emisor

SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 2657-7415 FAX. 2657-7416 WWW.PRINTS.COM.HN CERTIFICACION K01-15-1000-45 FOLIA RECEPCION 00000000

AUTORIZACION MÉDICA



CLINICA Médica San Antonio
San Antonio de Cortés Dia 04 Mes Junio Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Señora _____

Ident. N° _____

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.

Firma Unidad Técnica

Firma OMM y Niñez

Firma Autorizada

San Antonio de cortes 29 de mayo 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 ya me encuentro muy mal de salud y no tengo recursos económicos para tratarme.

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

Atte.



REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

AMPARO / PAZ HERNANDEZ



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 24 SEPTIEMBRE 1975
SEXO: FEMENINO
EMITIDA EL 23 AGOSTO 1997

1612-1975-00160



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 una persona, sino en virtud de Ley o sentencia fundada en Ley. La infracción de este artículo dará lugar a la sanción correspondiente.

Directora con fe
DIRECTORA R.N.P.



SOLICITADA EN 1512

AMPARO / PAZ HERNANDEZ
1612-1975-00160



AUTORIZACION MÉDICA



CLINICA Medica San Antonio
San Antonio del Cortés Dia 29 Mes Mayo Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Señora Ampero Paz H. Ident. N° 162-1975-00160
para que pueda ser atendida en ese centro médico para medicament

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

Agradeciendo su atencion brindada.

Me suscribo de Ud.



Firma Unidad Técnica



Firma Olimi y Niñez



Firma Autorizada

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: Angela
 Edad: 44 Fecha: 27 de 08 del 20 19

Rx

Vibrafona 100 mg
 c/8 horas x 2 de-
 #21.

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 LA TERCERA RAZA
40% DE DESCUENTO PARA LA TERCERA RAZA

Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

(Handwritten signature)



CLÍNICA MÉDICA 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: dhernandezsorto@yahoo.es
 R.T.N. 0615197607406

CAI: ECAAD1-8E4889-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

No. Factura: 000-001-01-000 03876

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: SA de C.

RTN:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	VALOR Lps.
21	Nitrofurantoina		450.00
VENTA DE MEDICINAS SAN ANTONIO PAGADO 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 Agroindustrial No. "La Factura es Beneficio de Todos, Exijala" FACTURA ☐ CONTADO ☐ CREDITO ☐ CANTIDAD EN LETRAS			
		Sub-Total L	
		Importe Exento L	
		Importe Exonerado L	
		Importe Grav. 15% L	
		Importe Grav. 10% L	
		Descuento y Rebajas L	
		ISV 15% L	
		ISV 10% L	
		TOTAL A PAGAR L	450.00

Original: Cliente, Copia: Emisor
 SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL: 2067-7416 S.D.N. 00190808074 N° CERTIFICACION 8231-15-1009-46 FECHA RECEPCION MAY2020

San Antonio de Cortes. 20/05/2019

Reciba un Cordial Saludo en sus labores diarias.

El Motivo de la Presente es para solicitar ayuda para la compra de un medicamento.

Esperando respuesta positiva y agradeciéndole de ante mano.

Carmen S. Berahona.
0507 1975 00060.

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

CARMEN SAGRARIO / BARAHONA



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
NACIO EL 30 ENERO 1975
SEXO FEMENINO
EMITIDA EL 21 OCTUBRE 2017



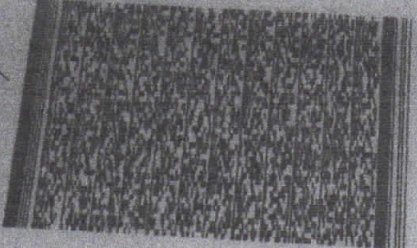
0507-1975-00060



01264440-02

ARTICULO 51 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

CARMEN SAGRARIO / BARAHONA

0507-1975-00060



Clínica Médica San Rafael

Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

Cel: 9848-6966

Col. Montefresco, 28 y 29 calle, 14 Ave.

San Pedro Sula, Cortés

clinicamedicasanrafael@hotmail.com

Paciente:

Carron Benhur

Edad:

43 años

Fecha:

20

de

05

del 20 19

RX

Colposan aplico c/noche viz

Vagin por 6 días

#1 tubo.



Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

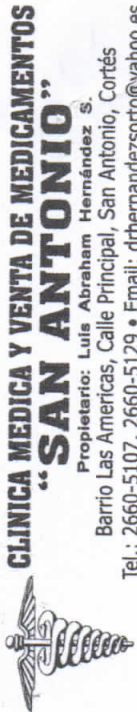


Farmacia Simán 13 Calle
Barrio Medina, 13 calle, ave. Juan Pablo II
Tel: 2516-4311

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

4
DE DESCUENTO
TERCER



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: drhernandezsorto@yahoo.es
R.T.N. 0615197907406

CAI: ECAAD18E46B9-F34E9E-7CA20-DBD03C-11

DIA	MES	AÑO
09	05	19

No. Factura: 000-001-01-000 03874

Cliente: Alcaldía Municipal

Dirección: 5a de C.

RTN:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	VALOR Lps.
1	Colposan Crema		425.00
VENTA DE MEDICINAS SAN ANTONIO "San Antonio de Cortés, Honduras" PAGADO			
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 Agroindustrial No.			
"La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"			
FACTURA CONTADO ☐ CREDITO ☐			
CANTIDAD EN LETRAS			
Sub-Total L			425.00
Importe Exento L			
Importe Exonerado L			
Importe Grav. 15% L			
Importe Grav. 18% L			
Descuento y Rebajas L			
ISV 15% L			
ISV 18% L			
TOTAL A PAGAR L			425.00

Original: Cliente, Copia: Emisor SUPER PINTA S DE RL DE CV TEL. 2657-7415 B.T.N. 059100004604, N. CERTIFICACION 0231-15-0504-45 FECHA RECEPCION 06/03/2019



AUTORIZACION MÉDICA



CLINICA Medica San Antonio
San Antonio de Cortés Día 20 Mes Mayo Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la Señora Carmen Barahona Ident. N° 0507197500060
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.

Firma Unidad Técnica

Firma OMM y Niñez

Firma Autorizada

San Antonio de cortes 27 de marzo 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 una ayuda para la compra de medicamento que me recetaron en el hospital, soy madre soltera.

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

Atte.

Alba lidia valladares.

REPUBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
TARJETA DE IDENTIDAD

ALBA LIDIA / VALLADARES BRIONES



HONDUREÑA POR NACIMIENTO
 NACIO EL 26 OCTUBRE 1977
 PRIMA - GEMINIS
 EMITIDA EL 07 NOVIEMBRE 1999

0507-1977-00485



11071011-02

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

ALBA LIDIA / VALLADARES BRIONES

0507-1977-00485



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
RECETARIO MEDICO



H.R.N.O.

Nº 935673 Serie N
Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas

Fecha: 26-03-19
Paciente: A15- U. Medica
Nº Exped.:
Edad: Sexo: Cama:
Servicio / Sala:
C.E.: Emerg.:
Despachador:

- Topamax 25mg
vo y 12h
uso continuo

M. G. H.

Firma

Código Médico



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
RECETARIO MEDICO



H.R.N.O.

Nº 935674 Serie N
Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas

Fecha: 26-03-19
Paciente: A15- U. Medica
Nº Exped.:
Edad: Sexo: Cama:
Servicio / Sala:
C.E.: Emerg.:
Despachador:

Migrenal 150
vo y 12h
* 1 caja

M. G. H.

Firma

Código Médico



Barrio Las Americas, Calle Principal, San Antonio, Cortés
Tel.: 2660-5107, 2660-5129 • Email: dhernandezsorto@yahoo.es
D.T.N. 06157076007406

R.T.N. 06151976007406

CAL: EC/AD1-8E46B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

No. Factura: 000-001-01-000 03869

Cliente: Alcalalía Municipio

Dirección: SA de C

RTN:

DIA	MES	AÑO
07	05	19

[illegible]

Original: Cliente, Copia: Emisor

SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 2557-7415 R.T.N. 05010000046746, W. CERTIFICACION 9231-15-10590-45 FECHA RECEPCION 04/03/2011

CLINICA Médica San Antonio

San Antonio de Cortés Día 27 Mes Marzo Año 2019

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio se le recomienda a la señora Alba Lidia Valladares

Ident. N° 0507197700485

Para que pueda ser atendida en ese centro médico para medicamento

Segun recetas adjuntas

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

PMM y Niñez

Firma Autorizada

REPUBLICA 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

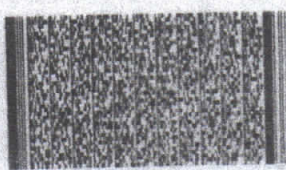


11061745-03

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



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: Leonardo Navarrete

Edad: 32 Fecha: 07 de 02 del 20 19

Rx

Fosilox

- I.R. 3 1 tab vo dch

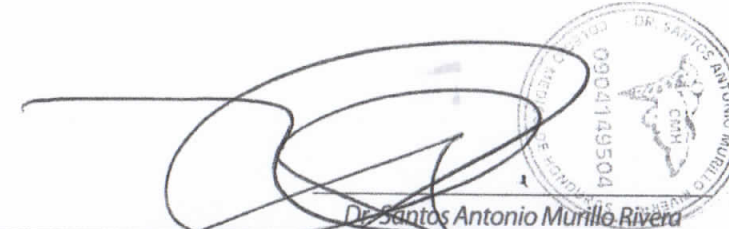
x 5 dia

#15

- Zidomox 500mg vo

1 dia x 5 dia

#5 tab


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



Clínica Médica San Rafael

Dr. Santos Antonio Murillo Rivera

Cel: 9848-6966

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

San Pedro Sula, Cortés

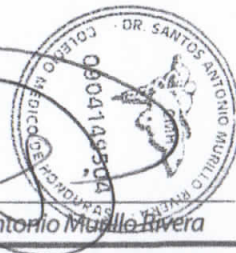
clinicamedicasanrafael@hotmail.com

Paciente: Ins Yamen Navarrete
Edad: 65 Fecha: 07 de 02 del 20 19

Rx

• I.R.3 1 cdita v-o c/8 horas
x 7 días.
1 fco.

- Zifromax 1 cdita v-o c/d x 5 días
(Azitromax farmacias)
1 fco.



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: ECAD1-8E4B9-F34E9E-7CA220-DBD03C-11

DIA	MES	AÑO
06	03	19

No. Factura: 000-001-01-000 03623

Ciente: Alcaldia Municipal

Dirección: S.A.C.

RTN:

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	VALOR Lps.
1	Zitromycin 1000		300.00
1	I.R.S. Jarabe		148.00
12	I.R.S. tabletas		96.00
1	Azition capsulas		109.00
PAGADO			
VENTA DE MEDICINAS			
SAN ANTONIO			
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 Escala No. _____			
Constancia de Registro de Exonerado No. _____			
Registro Sector Agromedical No. _____			
"La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"			
FACTURA CONTADO ☐ CREDITO ☐			
CANTIDAD EN LETRAS			
TOTAL A PAGAR L			733.00

Original: Cliente, Copia: Emisor SUPER PRINT S DE RL DE CV TEL. 2557-9165 R.T.N. 069999984194, P. CERTIFICACION 0231-15-0000-45 FECHA RECEPCION 08/03/20



AUTORIZACION MEDICA

CLINICA:

San Antonio de Cortes Día 06 Mes Febrero del 20 19
 Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus funciones diarias.
 Por este medio se le recomienda al Sr. (a): Gerardo Nobile Ident. No. 0507 1984 00333
 Para que pueda ser atendido en ese centro médico al Paciente:
Para que sea el punto de partida del 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