

COMISIÓN PERMANENTE DE CONTINGENCIAS COPECO

Regional II, San Pedro Sula





RECIBO

La Comisión Permanente de Contingencias (COPECO) Regional II por este medio HACE CONSTAR QUE: en esta fecha se ha ENTREGADO a La Portuaria los siguientes articulos:

| No. | Descripción del articulo | Cantidad |
|-----|--------------------------|----------|
| 01 | Mascarillas | 3000 |
| | | 3000 |

Para constancia y garantía de ambas partes, se firma el presente documento a los: 09 días del mes de abril del 2020.

Entrega conforme:

En D

5

12

19

26:

May

24 2!

Septi

13 14

20 21

27 28

31

Nombre: Estefano

Identidad: 0501- 1990-04268

Tel. /Cel.

Recibi conforme:

Nombre: Benpin Hanco

Identidad: 0504-1981-00550

Tel. /Cel. 5651-3440



HOCHOR GOHER 4056-8.

CC. Archivo CC. Alex Estévez/Subcomisionado Regional II, SPS. CC. Caseta de Vigilancia.



Col. Del Valle, 2da. Ave. 7ma. Calle, contiguo a Fundacion Amor y Vida Tel. 2559-6294, Fax. 2559-6296. E-mail: regional2.copeco@gmail.com





CRUZ ROJA HONDUREÑA

Consejo Municipal de Puerto Cortés Tels: 2665-1682/ 1156 / Fax 2665-2236 Emergencia: 195 cm.puertocortes@cruzroja.org.hn

DOCUMENTO ENTREGA DE SUMINISTROS

Licenciada Jefe de Seguridad Ocupacional/Unidad de Gestión de Riesgos Empresa Nacional Portuaria ciudad

En respuesta a la nota recibida en fecha 22 de abril de 2020, relacionada al préstamo de equipo de protección personal como medida de prevención de contagio de Covid-19 y para uso de los Colaboradores de la empresa, tomando en consideración que la Empresa Nacional Portuaria es una institución socialmente responsable con la comunidad del municipio de Puerto Cortés y con este Consejo Municipal de Cruz Roja Hondureña, se determinó y autorizó efectuar el préstamo solicitado, con la salvedad de que actualmente no contamos en nuestro inventario con la cantidad de insumos que requieren, pero estamos en trámite de adquirir los mismos, por lo que, por el momento procederemos a facilitar en calidad de préstamo el equipo y cantidad que a continuación se detalla:

| | II Se detalla | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD TOTAL | |
|-----|-------------------------|------------------|----------------|--|
| No. | DESCRIPCION DEL PERIODE | | 50 (2,500 | |
| 1 | Mascarilla quirúrgica | Caja | unidades) | |
| | | Codo | 50 (2,50 | |
| 2 | Guantes de látex | Caja | pares) | |

Una vez que contemos con Inventario de estos insumos, le contactaremos para saber si la Empresa continúa necesitando del resto de insumos, y una vez confirmado el dato se hará entrega del mismo.

Cordialmente,

o.Bo. Abog. Jerson R. Miranda Presidente Municipal

Rina Patricia Palma Fiscal Junta Directiva

| | ENTREGA | RECIBE) |
|---------------|-----------------|-----------------|
| NOMBRE | Kaila Gonzales | Holder GOMEN |
| IDENTIDAD No. | 0506.1976-01192 | 0506-197001442 |
| CELULAR | 9847-4046 | Cell 9916 (296. |