

OF. No.127-2020 OFADHRO  
9 de Julio, 2020

Licenciada  
LESLY BARAHONA VIVAS  
UNIDAD DE TRANSPARENCIA  
Secretaria de Salud  
Tegucigalpa, M.D.C.

Estimada Licda. Barahona:

Sírvase la presente para informales en respuesta al Oficio No. 223-UT 2020 que en la semana del 02 al 08 de Julio del presente año lo siguiente:

1. Contratación de Personal:
  - Si se realizaron contrataciones de Personal-Covid-19, se adjunta escaneo de documentación.
2. Licitaciones Públicas y Privadas:
  - No se han realizado (no se cuenta con presupuesto COVID-19).
3. Compras menores:
  - Se realizaron compras por medio de Fondos Recuperados (se Adjunta Boucher y Facturas).
4. Contrataciones de Servicio:
  - No se realizó ninguna Contratación De Servicios.
5. Presupuesto Asignado:
  - No ha sido asignado Fondos COVID-19 a esta Unidad Ejecutora.
6. Donaciones Recibidas:
  - Se Adjunta escaneo de comprobante de donación.

Sin otro particular aprovecho, la oportunidad para saludarles.

Atentamente:



**Víctor López Enamorado**  
Subdirector de Gestión de Recursos

CC: Ing. Norman Flores-Enlace SESAL-IAIP  
Dr. Juan Carlos Cardona Medina-Director Ejecutivo  
Dra. Ritza Lizardo-Jefa Departamento Segundo Nivel de Atención

CHEQUE N° 5830

COMPROBANTE DE FONDOS RECUPERADOS N°.

181-2020

02-033-000036-1  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE  
BARRIO EL CALVARIO SANTA ROSA DE C  
0000000

**CHEQUE No. 00005830**

SANTA ROSA DE COPAN, 02/07/2020  
Lugar y Fecha

**D' CLASE PAPELERIA**

**747.00**

Páguese a la orden de

**SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE LEMPIRAS EXACTOS**

Cantidad en letras



BANCO NACIONAL DE DESARROLLO AGRICOLA

Firma(s)



⑆0⑆0335⑆⑆⑆0002033000036⑆⑆00005830

BANADESA

CUENTA N°. 02-033-000036-1

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LPS.
39200	<b>UTILES DE ESCRITORIO, OFICINA Y ENSEÑANZA</b> Valor pagado por la compra de 36 Lapiz Tinta y 15 Tableros para expedientes Tamaño Oficio para ser utilizados en la Sala COVID-19 de éste Centro Hospitalario. Según documentación adjunta debidamente legalizada.	L. 747.00
	Santa Rosa de Copán, 02 de julio, 2020	L. 747.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

**D' CLASE PAPELERIA**

TEL. 2662-2444

**SANTA ROSA DE COPAN**

IDENT. N° 0403 1983 00157  
RTN. N° \_\_\_\_\_

**VICTOR LOPEZ ENAMORADO**  
ADMINISTRADOR



## PAPELERÍA

### D'CLASE S.A. DE C.V.

R.T.N. 04019019113603      Tel: 2662 -2444 / 9918-0603

Correo E.: papeleriadclase2019@gmail.com

Barrio El Calvario, Calle Real Centenario,  
Contiguo a Cooperativa Elga, Santa Rosa de Copán.

**Día:** 3 / **Mes:** 07 / **Año:** 2020  
**CAI:** E37EAB-B9A6AF-7E4E8E-9AA977-341D4B-C5  
**Fecha Límite de Emisión:** 06/02/2021

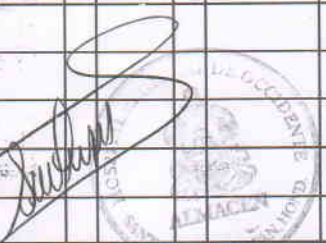
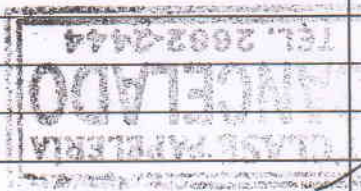
**FACTURA** N° 00006516  
 000-001-01-

**Señor:** Hospital de Occidente

**R.T.N.:** 08019995039462

**Dirección:** S.R.C.

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNIT.	DTS. Y REBAJAS OTORGADOS	EXENTO	GRAVADO
3	Cajas lápiz bic	49		147.00	
15	Tableros tamaño Oficio	40			600.00



**Datos Adquiriente Exonerado:**

N° de Compra Exenta: \_\_\_\_\_  
 N° de Registro Exonerado: \_\_\_\_\_  
 N° de Registro SAG: \_\_\_\_\_

**Formas de Pago**

**CONTADO**     
  **CRÉDITO**

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

R.A. 24 T- 1c. Az.  
 000-001-01-00005701 al 000-001-01-00006900  
 Recep.-06-02-2020

Original: Cliente, Copia: Obligado Tributario Emisor

DTS. Y REBAJAS OTORGADOS L.	
IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	147.00
IMPORTE GRAVADO 15% L.	521.74
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
SUB - TOTAL L.	
15% I.S.V. L.	78.26
18% I.S.V. L.	
<b>TOTAL L.</b>	<b>747.00</b>

Son: Setecientos cuarenta y siete Lempiras

Offset Impresos Comerciales S.R.C. Tel. 2662-5220 R.T.N. 0401976003899 Certificado No. 9231-19-10500-146

RECIBO POR L. 747.00

Recibí de la Cuenta N°.02-033-000036-1 de los Ingresos Recuperados del Hospital Regional de Occidente la cantidad de:

**SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE LEMPIRAS EXACTOS**

L. 747.00 Cancelación de factura adjunta, mediante cheque N°. 5830

Santa Rosa de Copán, 02 de julio, 2020

*Bruna Maldonado*

D' CLASE PAPELERIA

IDENT.N°. 0402 1983 00157

RTN. N°. 04019019113603

**D'CLASE PAPELERIA**

**TEL. 2662-2444**

**SANTA ROSA DE COPAN**









SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE  
SANTA ROSA DE COPAN TELEFAX: 662-0128


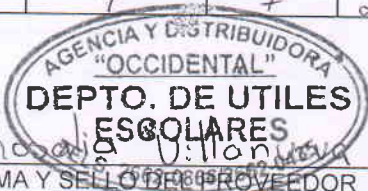
SEÑORES: Agencia y Distribuidora Occidental  
NOMBRE COMERCIAL

R.T.N: 04019008175338  
NOMBRE DEL TITULAR DEL R. T. N.

TARJETA IDENTIDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO SEGUN T. I.

DIRECCION DEL PROVEEDOR: santa Rosa de Copan

POR ESTE MEDIO LE SOLICITAMOS COTIZAR PRECIOS DE LOS SIGUIENTES BIENES Y SERVICIOS:

N°	CANT.	UND.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	36	C/U	LAPIZ TINTA	4	144
2	15	C/U	TABLEROS PARA EXPEDIENTES TAMAÑO OFICIO	65	975
			SALA PARA PACIENTES COVID-19		
					L. 1.119.00
DIA 25 MES 06 AÑO 2020			DIA 7 MES 7 AÑO 2020		
 ADMINISTRADOR LOPEZ ENAMORADO FIRMA Y SELLO DE UNIDAD COTIZADORA			 FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR		

NOTA IMPORTANTE: SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DEL R.T.N. Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE Y ENTRE PARENTESIS EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE EL BIEN SERVICIO.  
SI ES PERSONA NATURAL ESCRIBA CORRECTAMENTE SU CODIGO DE IDENTIDAD.  
EN CASO DE SERLE ADJUDICADA LA COMPRA, EL CHEQUE SE EMITIRA A NOMBRE DEL QUE POSEA EL R.T.N O LA TARJETA DE IDENTIDAD RESPECTIVAMENTE.

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE

SOLICITUD DE SERVICIO

ADQUISICION DE MEDICAMENTO ( )

TRASLADO DE PACIENTE ( )

COMPRA DE MATERIALES ( )

OTROS ( )

**ESPECIFICACION (LETRA LEGIBLE Y SIN BORRONES):**

15 TABLEROS PARA EXPEDIENTE TAMAÑO OFICIO

36 LAPIZ TINTA (NEGRO 12-AZUL 12-ROJO 12

SALA PARA PACINETES COVID 19

SERVICIO O SALA QUE SOLICITA:

AREA COVID 19

SANTA ROSA DE COPAN:

25

DE

06

DEL 20 20

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE



NOTA: en caso de que los insumos o servicios sean para determinado paciente, se deberá detallar los siguientes datos:

Nombre	Edad	Nº Expediente

Vo. Bo. SEÑOR ADMINISTRADOR

*[Handwritten signature]*  
LIC. 1172



CHEQUE N° 5831  
 02-033-00036-1  
 HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE  
 BARRIO EL CALVARIO SANTA ROSA DE C  
 00000000

COMPROBANTE DE FONDOS RECUPERADOS N°.

182-2020

**CHEQUE No. 00005831**

SANTA ROSA DE COPAN, 02/07/2020

Lugar y Fecha

**CASA BUESO**

**375.00**

Páguese a la orden de

**TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO LEMPIRAS EXACTOS**

Lempiras

Cantidad en letras



BANCO NACIONAL DE  
 DESARROLLO AGRICOLA

Firma(s)



100335110002033000036100005831

BANADESA

CUENTA N°. 02-033-000036-1

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LPS.
39200	<b>UTILES DE ESCRITORIO, OFICINA Y ENSEÑANZA</b> Valor pagado por la compra de 5 Cuadernos Unicos para ser utilizados en la Sala COVID-19 de éste Centro Hospitalario. Según documentación adjunta debidamente legalizada.	L. 375.00
	Santa Rosa de Copán, 02 de julio, 2020	L. 375.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

*Genial Mejia*  
 CASA BUESO  
 0401-1992-0899



*Victor Lopez Enamorado*  
 VICTOR LOPEZ ENAMORADO  
 ADMINISTRADOR



IDENT. N°

RTN. N°

04019995038130

COMERCIAL CASA BUENO, S.A. DE C.V.

LA SUPER TIENDA

Barrio Santa Teresa, 2 Calle, 1 Avda. R.

Tel./Fax: 2662-0150 Tel. 2662-0150

E-mail: casabueno@hotmail.com

R. T. N. 00019995030130

FACTURA No. 000-002-01-00820033

C. A. I.:

01AEC2-BBA3A4-10418F-22F73B-B769A6

03 de julio de 2020

Vendedor: ELENA CASTRO

Cliente: HOSPITAL DE OCCIDENTE

R.T.N.: 00019995239482

No. Orden Compra Exenta

No. Constancia Reg. Exonerado

No. Id. del Reg. de la SAG

Cant. Descripción

Precio Unitario

5	CUADERNO UNICO	375.00
	75.00 Desc./Rebajas	0.00

Total descuentos: L.	0.00
Importe Exonerado: L.	0.00
Importe Exento: L.	375.00
Financiamiento: L.	0.00
Imp. Gravado 15%: L.	0.00
Imp. Gravado 18%: L.	0.00
SubTotal: L.	375.00
I.S.V. 16%: L.	0.00
I.S.V. 18%: L.	0.00
Total Impuestos: L.	0.00
Total: L.	375.00
Total Cancelado: L.	375.00
Cambio: L.	0.00

Son Letras:

TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO CON 00/100

Numero Inicial: 000-002-01-00815001

Numero Final: 000-002-01-01015000

Fecha Limite Emision: 16/04/2021

Original

La factura es beneficiosa de todos. exijala

Usuar: GLORIA OSEGUERA

Copia Blanca Original Cliente



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE  
SANTA ROSA DE COPAN TELEFAX: 662-0128

SEÑORES: Casa Bueno NOMBRE COMERCIAL



R.T.N: 04019985038130 NOMBRE DEL TITULAR DEL R. T. N.

TARJETA IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE COMPLETO SEGUN T. I.

DIRECCION DEL PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

POR ESTE MEDIO LE SOLICITAMOS COTIZAR PRECIOS DE LOS SIGUIENTES BIENES Y SERVICIOS:

Nº	CANT.	UND.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	5	C/U	CUADERNOS UNICOS	75.00	375.00
			U.L.		
			SALA PARA COVID-19		
					375.00

 HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE ADMINISTRACION SANTA ROSA DE COPAN	DIA 01	MES 07	AÑO 2020	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR 

NOTA IMPORTANTE: SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DEL R.T.N. Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE Y ENTRE PARENTESIS EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE EL BIEN SERVICIO. SI ES PERSONA NATURAL ESCRIBA CORRECTAMENTE SU CODIGO DE IDENTIDAD. EN CASO DE SER LE ADJUDICADA LA COMPRA, EL CHEQUE SE EMITIRA A NOMBRE DEL QUE POSEA EL R. T. N O LA TARJETA DE IDENTIDAD RESPECTIVAMENTE.



SECRETARIA DE SALUD  
 HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE  
 SANTA ROSA DE COPAN TELEFAX: 662-0128

SEÑORES: Distribuidora Occidental  
 NOMBRE COMERCIAL


R.T.N: 04019008175338  
 NOMBRE DEL TITULAR DEL R. T. N.

TARJETA IDENTIDAD: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO SEGUN T. I.

DIRECCION DEL PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

POR ESTE MEDIO LE SOLICITAMOS COTIZAR PRECIOS DE LOS SIGUIENTES BIENES Y SERVICIOS:

Nº	CANT.	UND.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	5	C/U	CUADERNOS UNICOS	78	390
			U.L.		
			SALA PARA COVID-19		

 HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE ADMINISTRACION SANTA ROSA	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
	01	07	2020				
VICTOR LOPEZ ENAMORADO FIRMA Y SELLO DE UNIDAD COTIZADORA				Gaby Tabora. FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR			



NOTA IMPORTANTE: SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DEL R.T.N. Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE Y ENTRE PARENTESIS EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE EL BIEN SERVICIO.  
 SI ES PERSONA NATURAL ESCRIBA CORRECTAMENTE SU CODIGO DE IDENTIDAD.  
 EN CASO DE SERLE ADJUDICADA LA COMPRA, EL CHEQUE SE EMITIRA A NOMBRE DEL QUE POSEA EL R.T.N O LA TARJETA DE IDENTIDAD RESPECTIVAMENTE.

**SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE  
SANTA ROSA DE COPAN TELEFAX: 662-0128**

SEÑORES: Variedades la viña  
NOMBRE COMERCIAL

R.T.N.: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TITULAR DEL R. T. N.

TARJETA IDENTIDAD: \_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO SEGUN T. I.

DIRECCION DEL PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

POR ESTE MEDIO LE SOLICITAMOS COTIZAR PRECIOS DE LOS SIGUIENTES BIENES Y SERVICIOS:

Nº	CANT.	UND.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	5	C/U	CUADERNOS UNICOS U.L.	140	700
			SALA PARA COVID-19		
DIA _____ MES _____ AÑO _____ 07 2020			DIA _____ MES _____ AÑO _____		
 <b>VICTOR LOPEZ ENAMORADO</b> FIRMA Y SELLO DE UNIDAD COTIZADORA			 FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR		

NOTA IMPORTANTE: SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DEL R.T.N. Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE Y ENTRE PARENTESIS EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE EL BIEN SERVICIO.  
 SI ES PERSONA NATURAL ESCRIBA CORRECTAMENTE SU CODIGO DE IDENTIDAD.  
 EN CASO DE SERLE ADJUDICADA LA COMPRA. EL CHEQUE SE EMITIRA A NOMBRE DEL QUE POSEA EL R.T.N O LA TARJETA DE IDENTIDAD RESPECTIVAMENTE.