

La Ceiba, Atlántida, 29 de octubre del 2020

Oficio 0236 -SDGR-HRA

LIC. VICTOR JUAREZ
Gerente Administrativo "SESAL"
Tegucigalpa MDC.

Estimados.

Envió información solicitada según oficios. Tegucigalpa M.C.D. 8 abril de 2020, Oficio No. 709-SS-220, - Circular No. 193-UT-2020, Unidad de Transparencia, Tegucigalpa MDC, 20 de abril, 2020.

1. Contratación de personal/ ya se reportó la información enviada anteriormente.
2. No se han realizado Licitaciones privadas para COVID-2019.
3. Se realizaron, compras por fondos solidarios. se adjunta la documentación de respaldo.
4. Se pagó por fondos recuperados viáticos, se adjunta cuadro y respaldo de pagos.
5. No tenemos un presupuesto asignado específicamente para COVID-19. Manejamos el presupuesto normal que se nos asigna cada año en salud.
6. No hay donaciones.

Se adjuntan cuadros solicitados y sus respaldos.

Atentamente



ING. MARICELA X. ALVAREZ O.

Sub-Directora de Gestión Recursos
Hospital General Atlántida

CC. Lic. Lesly Barahona Vivas/ Jefa Unidad de Transparencia
CC. Dra. Sara Alberto/ Directora ejecutiva Hospital General Atlántida.

Cheque N°. 433655

Comprobante de Fondos Recuperados N°. _____

LA CEIBA, 13 DE OCTUBRE 2020

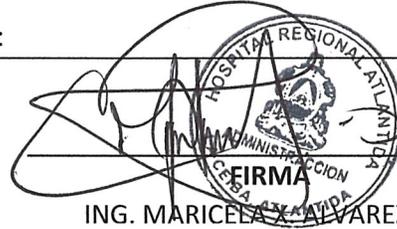
PAGARA
POR ESTADO CANTIDAD

A LA ORDEN DE: :::::::::::AQUILES SAMIR REYES INESTROZA::::: LPS **5,500.00**

LA SUMA DE: ::CINCO MIL QUINIENTOS LEMPIRAS EXACTOS:::::



DRA. SARA M. ALBERTO



ING. MARICELA X ALVAREZ

COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

CODIGO: 61201

BANCO: BANADESA

CUENTA N°. 05-10217230

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS
23300 /	<u>MANENIMIENTO Y REPARACION DE MAQUINARIA Y EQUIPO</u> VALOR QUE SE CANCELA POR TRABAJOS DE PINTURA Y SOLDADURAS REALIZADOS EN ESTE CENTRO ASISTENCIAL.	5,500.00
	Totales.....	5,500.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

Aguiles Reyes
Firma

[Signature]
Firma

Identidad N°. _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N°. _____

Registro Tributario _____

Copia: Ministerio de Salud Publica
Contabilidad
Archivo

POR ESTE MEDIO NOTIFICO QUE EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO SUPERVISO LOS SIGUIENTES TRABAJOS LOS QUE QUEDARON A NUESTRA ENTERA SATISFACCION.

Arreglo de llavín de puerta entra a sala COVID-UCI
Arreglo de 2 sillas de oficina color negro de EMI
Bordear fila a 5 tijeros 1 cuchillo de Central y equipo
Romper conductos de tubería de Emergencia Red-abric
Suelo fila a 5 tijeros de labor y piso
Instalación de Dispensador en laboratorio
Arreglo de puerta de vidrio en COVID-UCI



Juan Ramón B. B.
ENCARGADO DE MANTENIMIENTO



FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE

AQUILES SAMIR REYES INESTROZA

SOLDADOR

Colonia Brisas del Norte, Domicilio Propio, Frente a la Escuela Jesús Aguilar Paz,
Casa Color Azul, La Ceiba, Atlántida Cel.: 9459-6259
E-mail: samireyes023@gmail.com

POR L.

5,500

Fecha: 5 de Octubre del 2020

Recibí de: Hospital General Atlántida RTN: _____

La Cantidad de: cinco mil quinientos exactos Lempiras.

Por concepto de: Trabajos de pintura y otros en H.G.A.

TOTAL DE HONORARIOS	
RECIBIDO	
SALDO	

MONTO HONORARIOS BRUTOS PERCIBIDOS	
MONTO RETENCION	
MONTO NETO RECIBIDO	

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

R.T.N 01012000014668

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 17/02/2021

CAI: 99F747-A7E39C-124CAA-F1B93A-8DA1F3-5F

RANGO AUTORIZADO: 000-001-04-00000001 000-001-04-00000050

ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: EMISOR

Nº 000-001-04-00000003

Aguiles Reyes.

FIRMA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: Aguiles Sanic Reyes Ines trozo
Nombre Comercial
 RTN:

0	1	0	1	2	0	0	0	0	1	4	6	6	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarjeta de identidad:

0	1	0	1	2	0	0	0	0	1	4	6	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Dirección del proveedor Cd. Brisas del norte

Por este medio le solicitamos cotizar precios de los siguientes Bienes y Servicios

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL	
1			Arreglo de la uin en uci			
2			Arreglo de silla de EMI			
3			Sacarle filo a Tijeros de Central y Equipo y Labor y pago			
4			Instalaciunde Despensado en laboratorio			
5			Arreglo de puerta de vidrio en uci			
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS					<u>lps 5,500</u>	
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA			FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR			
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
			<u>Aguiles Reyes.</u>	<u>28</u>	<u>09</u>	<u>2020</u>

NOTA IMPORTANTE:

- *SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DE RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE
- *EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE AL BIEN O 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 RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD

Cheque N°. 433656

Comprobante de Fondos Recuperados N°. _____

LA CEIBA, 13 DE OCTUBRE 2020

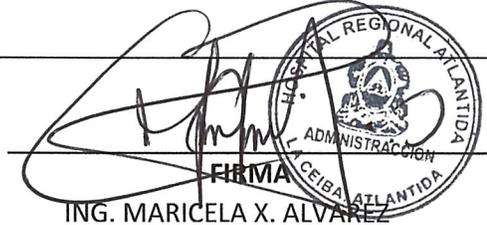
PAGARA
POR ESTADO CANTIDAD

A LA ORDEN DE: MISAEAL HUMBERTO MACEDO MENDEZ..... LPS **6,000.00**

LA SUMA DE: :::SEIS MIL LEMPIRAS EXACTOS.....



DRA. SARA M. ALBERTO



ING. MARICELA X. ALVAREZ

COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

CODIGO: 61201

BANCO: BANADESA

CUENTA N°. 05-10217230

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS
23300	<u>MANENIMIENTO Y REPARACION DE MAQUINARIA Y EQUIPO</u> VALOR QUE SE CANCELA POR TRABAJOS DE FONTANERIA PINTURA Y VARIOS REALIZADOS EN ESTE CENTRO ASISTENCIAL.	6,000.00
	Totales.....	6,000.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

Misael Macedo Mendez

Firma



Firma

Identidad N°. _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N°. _____

Registro Tributario _____

Copia: Ministerio de Salud Publica

Contabilidad

Archivo

POR ESTE MEDIO NOTIFICO QUE EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO SUPERVISO LOS SIGUIENTES TRABAJOS LOS QUE QUEDARON A NUESTRA ENTERA SATISFACCION.

Reparacion y Sanitario de puerperio en cubiculo # 1

Reparacion de Bmp de paciente en COVID intermedios

Limpieza de Ventiladores Clinica # 2

Limpieza de ventiladores en ENI

Cambios de foco de luz en Diferentes salas

- COVID intermedio

- Cocina

- Medicina Hombre

- Puerperio

- neonato



Juan Ramón [Signature]
ENCARGADO DE MANTENIMIENTO



[Signature]
FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE

MISAEEL HUMBERTO MACEDO MENDEZ

La Isla, Avenida Paz Barahona, a 1 cuadra del Estadio,
La Ceiba, Atlántida Cel.: 99278654
E-mail: misael_macedo06@hotmail.com

POR L. **6,000**

Fecha: **5** de **octubre** del **2020**

Recibí de: **Hospital General Atlántida** RTN: _____

La Cantidad de: **Seis mil Exactos** Lempiras.

Por concepto de: **Trabays varios en el Hospital General Atlántida**

TOTAL DE HONORARIOS		MONTO HONORARIOS BRUTOS PERCIBIDOS	
RECIBIDO		MONTO RETENCION	
SALDO		MONTO NETO RECIBIDO	

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

R.T.N 01011998052126
CAI: 0D1BF5-906082-C9479E-D325A0-C4B01A-47
RANGO AUTORIZADO: 000-001-04-00000001 000-001-04-00000050
ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: EMISOR

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 16/12/2020
Nº 000-001-04-00000018

Misael Macedo Mendez
FIRMA

SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
 OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: Misael Humberto Macedo Mendez
Nombre Comercial
 RTN:

0	1	0	1	1	9	9	8	0	5	2	1	2	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarjeta de identidad:

0	1	0	1	1	9	9	8	0	5	2	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Dirección del proveedor B La isla, Ave. Paz Barahona.

Por este medio le solicitamos cotizar precios de los siguientes Bienes y Servicios

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1			Reparación de sanitario de Puerperio cubículo #1		
2			Reparación de Baño de Paciente en COVID intermedio		
3			limpieza de ventilado clinica #2		
4			limpieza de ventiladores en EMI		
5			Cambio de fosos en diferentes Salas de: COVID intermedio Cocina, Medicina hombre, Puerperio, neonato		
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS				<u>lps 6,000</u>	
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA			DIA	MES	AÑO
			Misael Macedo Mendez		
FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR			28	09	2020

NOTA IMPORTANTE:

- *SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DE RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE
- *EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE AL BIEN O 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 RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD

SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
 OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: Mauricio Calderon
 Nombre Comercial
 RTN:

0	1	0	1	1	9	8	6	0	0	3	4	2	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarjeta de identidad:

0	1	0	1	1	9	8	6	0	0	3	4	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Dirección del proveedor Col. P. Zatey contiguo campo de futbol.

Por este medio le solicitamos cotizar precios de los siguientes Bienes y Servicios

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL						
1			Reparación de sanitario de Puerperio cubiculo #1								
2			Reparación de Baño de Paciente en COVID intermedio								
3			Limpieza de ventilador clinica #2								
4			Limpieza de ventiladores en EMI								
5			Cambio de fosos en difentes Salas de: COVID intermedio Cocina, Medicina Hombre, Puerperio, neonato								
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS					<u>Lps 7,200</u>						
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA			DIA	MES	AÑO	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR			DIA	MES	AÑO
						<u>Mauricio Calderon</u>			<u>28</u>	<u>09</u>	<u>2020</u>

NOTA IMPORTANTE:

- *SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DE RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE
- *EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE AL BIEN O 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 RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD

Cheque N°. 433658

Comprobante de Fondos Recuperados N°. _____

PAGARA
POR ESTADO CANTIDAD

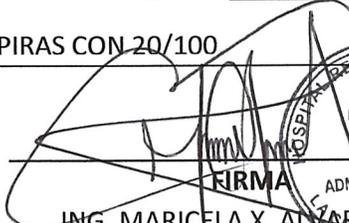
LA CEIBA. 13 DE OCTUBRE 2020

A LA ORDEN DE: :::MARICELA XIOMARA ALVAREZ:::

LPS. 4.588.20

LA SUMA DE: :::CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO LEMPIRAS CON 20/100


DRA. SARA MARITZA ALBERTO



FIRMA
ING. MARICELA X. ALVAREZ


COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

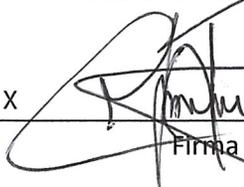
BANCO: BANADESA

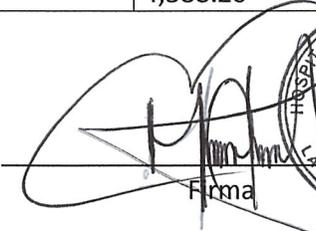
CODIGO: 61201

CUENTA N°. 05-10217230

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS
26210	<u>VIATICOS NACIONALES</u> VALOR QUE SE CANCELA EN CALIDAD DE VIATICOS A LA SUB DIRECTORA DE GESTION DEL RECURSO ING. MARICELA XIOMARA ALVAREZ ,QUIEN SE DESPLAZA A TEGUCIGALPA A LA SECRETARIA DE SALUD A REALIZAR TRAMITES DE ORDENES DE COMPRA , A TRAER INSUMOS A DE ESTE CENTRO ASISTENCIAL , SE LE ASIGNAN VIATICOS LOS DIAS , 14,15, Y 16/10/2020 VIATICOS 2.25 L. 1,750.00 DIARIOS.....L.3,937.50 COMBUSTIBLE.....L. 650.70 <p style="text-align: right;">4,588.20</p>	4,588.20
	Totales.....	4,588.20

RECEPTOR DEL CHEQUE

X 
Firma



Firma


Identidad N°. _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N°. _____

Registro Tributario _____

Copia: Ministerio de Salud Publica
Contabilidad
Archivo



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
 HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS
 LA CEIBA, ATLANTIDA
 TEL: 2441-4649 / FAX: 2441-4616



La Ceiba, Atlántida
 13 de octubre de 2020

Oficio No.585-2020-DEHGA

Doctor
ALCIDES MARTINEZ
 Director General Redes Integradas de Servicio de Salud
 Tegucigalpa, M.D.C.

Estimado Doctor Martínez:

Reciba un fraternal saludo, deseándole éxitos en sus delicadas funciones profesionales.

La presente nota es con el fin de fortalecer nuestras capacidades para garantizar una oportuna y efectiva respuesta a la población afectada por la Pandemia COVID-19, hemos priorizado dentro de nuestras necesidades se nos apoye con la donación de lo que a continuación le detallo:

No.	EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL	HOSPITAL ATLANTIDA
1.	Mascarilla KN-95 Individual	700
2.	Mascarilla Quirúrgica paquete de 50 Unidades	1300
3.	Caretas (Face Shields)	250
4.	Batas Desechables (Disponibile Gawns)	600
5.	Gorros Desechables (Disponibile Caps)	275
6.	Cubre zapatos (Shoe Cover – Pair)	275

Agradeciendo su atención.

Atentamente,



DRA. SARA ALBERTO DONAIRE
 Directora Ejecutiva
 Hospital General Atlántida

: Archivo



Cheque N°. 433659

Comprobante de Fondos Recuperados N°. _____

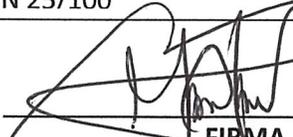
PAGARA
POR ESTADO CANTIDAD

LA CEIBA. 13 DE OCTUBRE 2020

A LA ORDEN DE: ::MARIANO RAMON GUTIERREZ:: LPS. 2.531.25

LA SUMA DE: :::DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y UN LEMPIRAS CON 25/100


DRA. SARA MARITZA ALBERTO



FIRMA
ING. MARICELA X. ALVAREZ


COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

BANCO: BANADESA

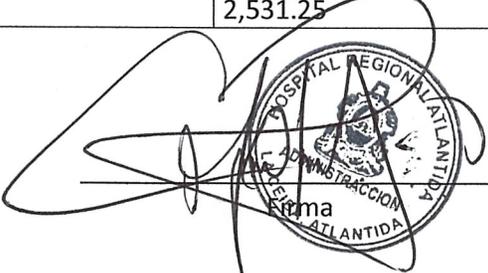
CODIGO: 61201

CUENTA N°. 05-10217230

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS
26210	VIATICOS NACIONALES VALOR QUE SE CANCELA EN CALIDAD DE VIATICOS AL JOVEN MARIANO GUTIERREZ QUIEN SE DESPLAZA A LA CIUDAD DE TEGUCIGALPA CON LA JEFA DE GESTION DE RECURSO SE ASIGNAN VIATICOS LOS DIAS 14,15, Y 16/10/2020 VIATICOS 2.25 DIA .L,1,125.00 DIARIO.....L.2,531.25	2,531.25
	Totales.....	2,531.25

RECEPTOR DEL CHEQUE

X 
Firma




Identidad N°. _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N°. _____

Registro Tributario _____

Copia: Ministerio de Salud Publica
Contabilidad
Archivo

ACTA DE RECEPCION

Por este medio hacemos constar que hemos recibido de la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud de la SESAL, a entera satisfacción Equipo de Protección Personal, mismos que fueron donados por Task Force Fo Global Health, lo que a continuación se detalla:

ITEM	DESCRIPCION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1	Mascarilla KN95 individual	Unidad	700
2	Mascarilla Quirúrgica paquete de 50 unidades	Unidad	1300
3	Caretas	Unidad	250
4	Batas desechables	Unidad	600
5	Gorros desechables	Unidad	275
6	Cubre zapatos	Pares	275

Los equipos antes descritos han sido previamente verificados y comprobados que son nuevos, Dichos Equipo se está entregando al **Hospital de Atlántida**, quien da por bien recibido.

En Fe de lo anteriormente descrito y para los fines legales y Administrativos firmamos la presente Acta de Recepción, apegados en el Decreto 83-2004, Art. 108 de la Ley Orgánica del Presupuesto a los 15 días del mes de Octubre del **2020**

Nombre: Mauricio Ramón Gutiérrez

Cargo: Consejero

Identidad: 0101198402574

FIRMA: [Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]
16/10/2020
SECRETARÍA REGIONAL ATLANTIDA
JEFATURA DE ALMACEN
LA CEIBA, ATLANTIDA



SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
 HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS
 LA CEIBA, ATLANTIDA
 TEL: 2441-4649 / FAX: 2441-4616



La Ceiba, Atlántida
 13 de octubre de 2020

Oficio No.584-2020-DEHGA

Doctor
ALCIDES MARTINEZ
 Director General Redes Integradas de Servicio de Salud
 Tegucigalpa, M.D.C.

Estimado Doctor Martínez:

Reciba un fraternal saludo, deseándole éxitos en sus delicadas funciones profesionales.

Por medio de la presente tengo en enviarle el Oficio de solicitud de requerimiento de los Equipos de Protección Personal donde autorizo al señor **MARIANO RAMON GUTIERREZ LUQUE** con Identidad No. 0101-1984-02574, quien retirara lo que a continuación detallo:

No.	EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL	HOSPITAL ATLANTIDA
1.	Mascarilla KN-95 Individual	700
2.	Mascarilla Quirúrgica paquete de 50 Unidades	1300
3.	Caretas (Face Shields)	250
4.	Batas Desechables (Disponible Gawns)	600
5.	Gorros Desechables (Disponible Caps)	275
6.	Cubre zapatos (Shoe Cover - Pair)	275

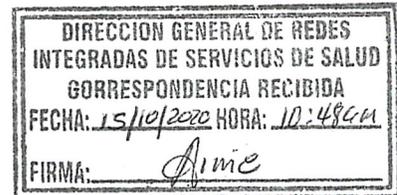
Agradeciendo su atención.

Atentamente,


DRA. SARA ALBERTO DONAIRE
 Directora Ejecutiva
 Hospital General Atlántida



 :Archivo



Cheque N°. 433670

Comprobante de Fondos Recuperados N°. _____

PAGARA
POR ESTADO CANTIDAD

LA CEIBA 20 OCTUBRE 2020

A LA ORDEN DE: ::CRISTHIAN FABIAN CASTRO DIAZ::

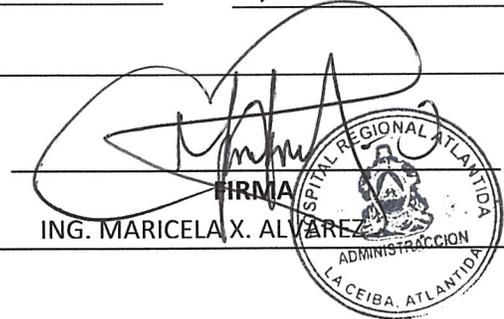
LPS. 7,200.00

LA SUMA DE: ::SIETE MIL DOSCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS::



DRA. SARA ALBERTO.

COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ



ING. MARICELA X. ALVAREZ

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

BANCO: BANADESA

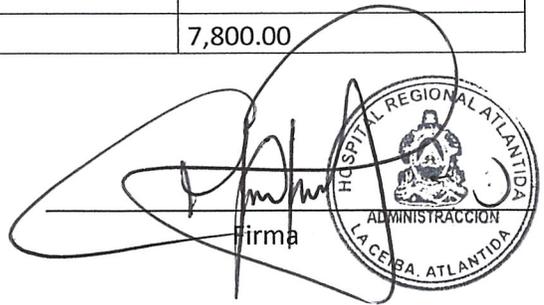
COD GO: 61201

CUENTA N°. 05-10217230

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS
235C0	<u>LIMPIEZA ASEO Y FUMIGACION</u> VALOR QUE SE CANCELA POR ENTREGA DE CUERPOS FALLECIDOS POR COVID-19 A FAMILIARES , Y TRASLADO DE CADAVERES	7,200.00
	Totales.....	7,800.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

Cristhian F. Castro
Firma



Identidad N° _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N° _____

Registro Tributario _____

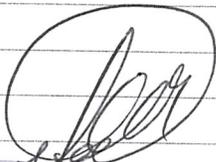
Copia: Ministerio de Salud Publica

Contabilidad

Archivo

POR ESTE MEDIO NOTIFICO QUE EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO SUPERVISO LOS SIGUIENTES TRABAJOS LOS QUE QUEDARON A NUESTRA ENTERA SATISFACCION.

Se trasladaron 24 Cadavers a Morgue.
y fueron entregados a sus Familiares
y Muertos por COVID


V. B. 
Juan Rocio
ENCARGADO DE MANTENIMIENTO


HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA
MANTENIMIENTO
LA CEIBA ATLANTIDA

FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE

CRISTHIAN FABIAN CASTRO DIAZ

CONDUCTOR, MOTOCICLETA

Brisas del Norte, Domicilio Rentado, A Media Cuadra de Escuela Paz
La Ceiba, Atlántida Cel: 9585-3454
E-mail: djcri5@yahoo.es

POR L.

7,200

Recibí de:

Hospital General Atentida

Fecha: de del 20

RTN:

La Cantidad de:

Sete mil doscientos

Lempiras.

Por concepto de:

Traslado de cadáveres y entrega familiares
muertes a COVID

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

Nº 000-001-04-00000001

R.T.N. 01051996005866

CAI: E49C80-AE53C6-8E4EA4-17BEE3-4A8EDC-D0
RANGO AUTORIZADO: 000-001-04-00000001 000-001-04-00000050

TOTAL DE HONORARIOS	
RECIBIDO	
SALDO	

MONTO HONORARIOS BRUTOS PERCIBIDOS	
MONTO RETENCION	
MONTO NETO RECIBIDO	

Cristhian F. Castro

FIRMA

ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: EMISOR

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 09/01/2021

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
 OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: Cristhian Fabian Castro Diaz
Nombre Comercial
 RTN:

0	1	0	5	1	9	9	6	0	0	5	8	6	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarjeta de identidad:

0	1	0	5	1	9	9	6	0	0	5	8	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Dirección del proveedor Brisas del norte 1/2 cuadra de escuela Poz.

Por este medio le solicitamos cotizar precios de los siguientes Bienes y Servicios

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1			se trasladaron a morgue 24 cadaveres y fueron entregados a familiares muertos x COVID.	300	
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS					7,200
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA			DIA MES AÑO <u>x Cristhian F. Castro</u>	DIA MES AÑO <u>16 09 2020</u>	
			FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR		

NOTA IMPORTANTE:

- *SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DE RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE
- *EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE AL BIEN O 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 RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD

Cheque N° 433620

Comprobante de Fondos Recuperados N° _____

PAGARA
POR ESTADO CANTIDAD

LA CEIBA. 02 OCTUBRE 2020

A LA ORDEN DE: ::YUNIOR EDGARDO ALVARES ORELLANA:: LPS. 1.538.25

LA SUMA DE: ::UN MIL QUINIENTOS TREINTA Y OCHO LEMPIRAS CON 25/100.:::



DRA. SARA MARITZA ALBERTO



ING. MARICELA X. ALVAREZ

COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

CODIGO: 61201

BANCO: BANADESA

CUENTA N°. 05-10217230

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS
26210 /	<u>VIATICOS NACIONALES</u> VALOR QUE SE CANCELA EN CALIDAD DE VIATICOS AL JOVEN , YUNIOR EDGARDO ALVARES ORELLANA, QUIE SE DESPLAZA A TEGUCIGALPA A DEJAR MUESTRA DE COVID-19 AL LABORATORIO DE VIROLOGIA,SE LE ASIGNAN VIATICOS LOS DIAS , 05Y 06/10/2020 VIATICOS 1.25 DIAS 1,125.00 DIARIO.....1,406.25 GASTO POR PEAJE IDA Y REGRESO..... <u>132.00</u> TOTAL.....1,538.25	1,538.25
	Totales.....	1,538.25

RECEPTOR DEL CHEQUE

X 
Firma


Firma

Identidad N° _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N°. _____

Registro Tributario _____

Copia: Ministerio de Salud Publica
Contabilidad
Archivo

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Yojoa
KM 183 + 861 Carretera CA-5 Norte
USUARIO:
RTN:
Fecha: 05.10.2020 Hora: 10:13:37

TICKET DE PAGO

CASETA: 3 - YOJOA
CAJERO: 00178
CARRIL: 02
FOLIO: F302-2055573
SEC: S302-2131082

CLASE: Liviano
IMPORTE: 19.13
TASA U.V.C: 2.87
TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS
*3333

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Siguatepeque
KM 112 Carretera CA-5 Norte
USUARIO:
RTN:
Fecha: 06.10.2020 Hora: 13:58:22

TICKET DE PAGO

CASETA: 2 - SIGUATEPEQUE
CAJERO: 00097
CARRIL: 03
FOLIO: F203-1847184
SEC: S203-1930580

CLASE: Liviano
IMPORTE: 19.13
TASA U.V.C: 2.87
TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS
*3333

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Zambrano
KM 37 Carretera CA-5 Norte
USUARIO:
RTN:
Fecha: 05.10.2020 Hora: 12:10:01

TICKET DE PAGO

CASETA: 1 - ZAMBRANO
CAJERO: 00044
CARRIL: 05
FOLIO: F105-1603385
SEC: S105-1666395

CLASE: Liviano
IMPORTE: 19.13
TASA U.V.C: 2.87
TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS
*3333

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Siguatepeque
KM 112 Carretera CA-5 Norte
USUARIO:
RTN:
Fecha: 05.10.2020 Hora: 11:12:33

TICKET DE PAGO

CASETA: 2 - SIGUATEPEQUE
CAJERO: 00102
CARRIL: 06
FOLIO: F206-1617347
SEC: S206-1754993

CLASE: Liviano
IMPORTE: 19.13
TASA U.V.C: 2.87
TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS
*3333

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Zambrano
Km 37 Carretera CA-5 Norte
USUARIO:

RTN:
Fecha: 06.10.2020 Hora: 12:49:34

TICKET DE PAGO

CASETA: 1 - ZAMBRANO
CAJERO: 00022
CARRIL: 03
FOLIO: F103-1918989
SEC: S103-1984409

CLASE: Liviano
IMPORTE: 19.13
TASA U.V.C: 2.87
TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS
*3333

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Yojoa
KM 183 + 861 Carretera CA-5 Norte
USUARIO:

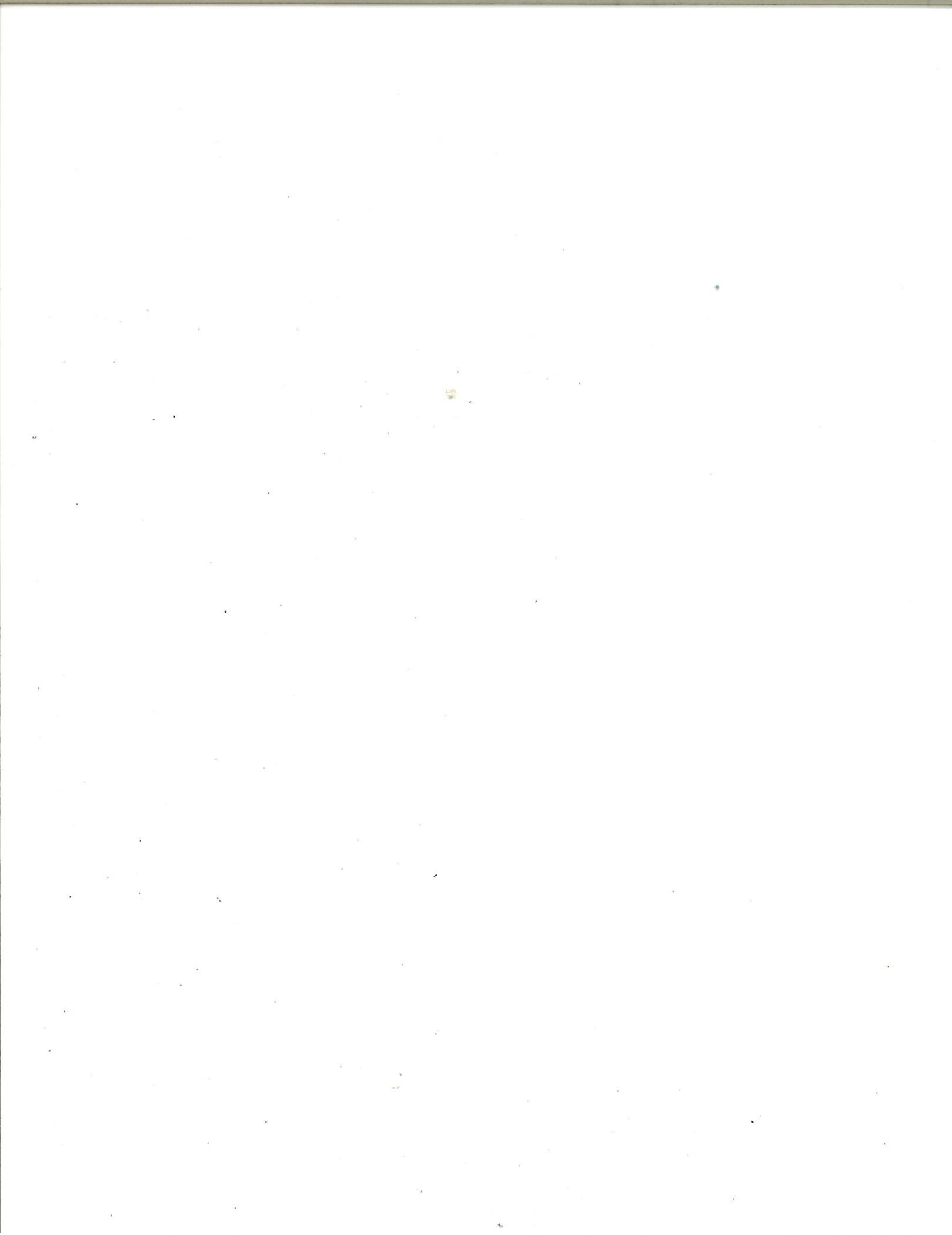
RTN:
Fecha: 06.10.2020 Hora: 16:01:33

TICKET DE PAGO

CASETA: 3 - YOJOA
CAJERO: 00067
CARRIL: 05
FOLIO: F305-2291034
SEC: S305-2386571

CLASE: Liviano
IMPORTE: 19.13
TASA U.V.C: 2.87
TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS
*3333



Cheque N°. 433652

Comprobante de Fondos Recuperados N°. _____

PAGARA
POR ESTADO CANTIDAD

LA CEIBA 13 DE OCTUBRE 2020

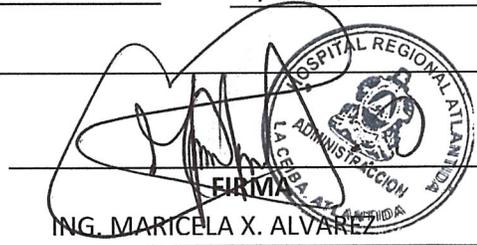
A LA ORDEN DE: :::OLBIN HEBERTO PEREZ RODRIGUEZ::::::

LPS. 4,500.00

LA SUMA DE: :::CUATRO MIL QUINIENTOS LEMPIRAS EXACTOS:::



DRA. SARA M. ALBERTO



ING. MARICELA X. ALVAREZ

COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

BANCO: BANADESA

CODIGO: 61201

CUENTA N°. 05-10217230

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS
23100	<u>MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICIOS Y LOCALES</u> VALOR QUE SE CANCELA POR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y REPARACION DE TRABAJOS DE ALBAÑILERIA EN PREDIOS DE ESTE CENTRO ASISTENCIAL SEGÚN HOJA DE TRABAJO ADJUNTA.	4,500.00
Totales.....		4,500.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

Firma

Firma

Identidad N°. _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N°. _____

Registro Tributario _____

Copia: Ministerio de Salud Publica

Contabilidad

Archivo

POR ESTE MEDIO NOTIFICO QUE EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO SUPERVISO LOS SIGUIENTES TRABAJOS LOS QUE QUEDARON A NUESTRA ENTERA SATISFACCION.

Se instalo contenedor con un tubo en medio en el Area de Lavanderia para colgar morqueros en COVID UCI

Se construyo 1 espacio tipo Caseta para informacion de pacientes de COVID en Triage de COVID

Se Pego ~~ceramica~~ ceramica en cuanto medio en sala de Pediatría

Se Pintaron Bños de pacientes en el Area de Consulta Externa



Juan Rivera J. B. B. B.
ENCARGADO DE MANTENIMIENTO



FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE

OLBIN HEBERTO PEREZ RODRIGUEZ

AJUSTADOR, MANTENIMIENTO/MAQUINARIA INDUSTRIAL

Col. Ponce, Calle Primera Frente A Pollos Marla, Domicilio Familiar
La Ceiba, Atlántida Cel.:95289330 E-mail:olbin.rodriguez@yahoo.com

POR L.

4,500

Fecha: 5 de octubre del 2020

Recibí de: Hospital General Atlántida RTN: _____

La Cantidad de: cuatro mil quinientos Lempiras.

Por concepto de: Trabajos de Albañilería en H. G. A.

TOTAL DE HONORARIOS	
RECIBIDO	
SALDO	

MONTO HONORARIOS BRUTOS PERCIBIDOS	
MONTO RETENCION	
MONTO NETO RECIBIDO	

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES



FIRMA

R.T.N:18071993026888

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 25/03/2021

CAI:6A6080-60B85F-DD4E96-26C114-0C142E-43
RANGO AUTORIZADO: 000-001-04-00000001/000-001-04-00000050
ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: EMISOR

Nº 000-001-04-00000001

SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
 OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: Olbio Heberto Perez Rodriguez
Nombre Comercial
 RTN:

1	8	0	7	1	9	9	3	0	2	6	8	8	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarjeta de identidad:

1	8	0	7	1	9	9	3	0	2	6	8	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Dirección del proveedor: Col. Pore Calle principal

Por este medio le solicitamos cotizar precios de los siguientes Bienes y Servicios

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1			instalación de cortinero y fabricación del mismo en UCI		
2			construcción de cubico en Area de Triaje de COVID		
3			Reado de ceramica en cuarto Medio en sala Pediatrica		
4			Pintar Brios en consultorio		
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS					Lps 4,500 ⁰⁰
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA			 FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR		DIA MES AÑO 28 09 2020

NOTA IMPORTANTE:

- *SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DE RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE
- *EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE AL BIEN O 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 RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD

SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
 OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: Fernando Antonio Rodríguez
Nombre Comercial
 RTN:

0	1	0	2	1	9	8	9	0	3	3	4	2	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarjeta de identidad:

0	1	0	2	1	9	8	9	0	3	3	4	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Dirección del proveedor Col. los Acacias

Por este medio le solicitamos cotizar precios de los siguientes Bienes y Servicios

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL	
1			instalación de cortinero y fabricación del mismo en UCI			
2			construcción de cubico en Area de Triage de COVID			
3			Reajuste de ceramica en cuarto Medio anexo Pedicura			
4			Pintar Brios en consulta Estoma			
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS						
<i>Fernando Rodríguez</i>					LPS 7,000	
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA			FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR			
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
				28	09	2020

NOTA IMPORTANTE:

- *SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DE RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE
- *EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE AL BIEN O 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 RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD

Cheque N°. 433654

Comprobante de Fondos Recuperados N°. _____

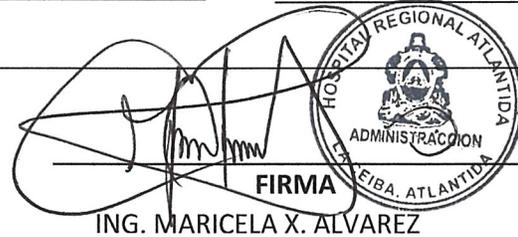
PAGARA
POR ESTADO CANTIDAD

LA CEIBA 13 DE OCTUBRE 2020

A LA ORDEN DE: :::JONY ALEXI GRANWELL BOLAÑOS::::

LPS. **6,000.00**

LA SUMA DE: :::SEIS MIL LEMPIRAS EXACTOS:::



COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

BANCO: BANADESA

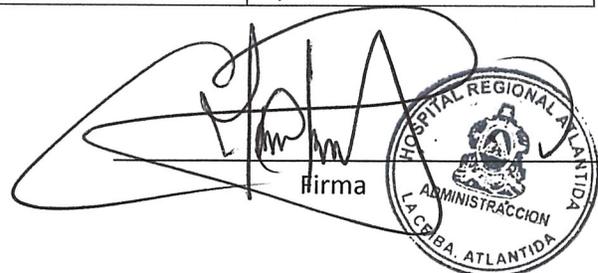
CODIGO: 61201

CUENTA N°. 05-10217230

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS
23100	<u>MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICIOS Y LOCALES</u> VALOR QUE SE CANCELA POR EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y REPARACION DE TRABAJOS DE FONTANERIA Y ALBAÑILERIA EN PREDIOS DE ESTE CENTRO ASISTENCIAL SEGÚN HOJA DE TRABAJO ADJUNTA.	6,000.00
	Totales.....	6,000.00

RECEPTOR DEL CHEQUE


Firma


Firma

Identidad N°. _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N°. _____

Registro Tributario _____

Copia: Ministerio de Salud Pública
Contabilidad
Archivo

POR ESTE MEDIO NOTIFICO QUE EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO SUPERVISO LOS SIGUIENTES TRABAJOS LOS QUE QUEDARON A NUESTRA ENTERA SATISFACCION.

Se elaboro 1 Dispensador de madera para papel toalla en Quirofano

se construyo puerta para triaje COVID -informacion de paciente

se cambio cielo Razo en EMT Consultorio # 1

se elaboro 1 mesa para colocar Ingresario en Direccion

Se elaboro 1 organizador de madera para colocar Seringas y cateter de diferentes medidas - en triaje de COVID

se Realizo el cambio de 3 llavines en Emergencia Pediatrica

Cambio de llavin en Pedicologia

Reparacion de puerta de madera en Pedicologia

Reparacion de ceramica en Baños para paciente de Consulta externa

Juan Ramirez
ENCARGADO DE MANTENIMIENTO

FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE



Jony Alexi Granwell Bolaños

Col. Ponce adelante del campo por el puente a 1 cuadra a
mano derecha casa blanca

Tel. 99188036 yonigranwell@gmail.com La Ceiba, Atlántida

Recibo Por Lps.

6,000

Fecha, 12 de octubre de 2020

Recibí de: Hospital General Atlántida Con R. T. N. _____

La cantidad de: Seis mil Lempiras exactos Lempiras

En concepto de: Trabajos de Albañilería y carpintería en el Hospital General Atlántida

Total por Honorarios	
Total Neto Recibido	
Saldo Pendiente	

Fecha Límite de Emisión 31/07/2020
Rango 000-001-04-00000001 000-001-04-00000050
CAI: 3A54D5-47E2CF-644880-51F8A3-59F4C0-E5
R. T.N. 02011982008918

Recibo por Honorarios

N° 000-001-04-00000026

Jony Alexi Granwell
FIRMA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
 OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: Sony Alex Granwell Bolaños
Nombre Comercial
 RTN:

0	2	0	1	1	9	8	2	0	0	8	9	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarjeta de identidad:

0	2	0	1	1	9	8	2	0	0	8	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Dirección del proveedor col. Ponce adelante campo

Por este medio le solicitamos cotizar precios de los siguientes Bienes y Servicios

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1			Elaboración de Dispensador de Papel para Quiroforo		
2			construcción de puerta para Triaje en informacion de paciente		
3			Reparación de techo en EMI		
4			Elaboración MESA en Dirección		
5			Elaboración organizador Para triaje		
6			Cambio de llaves en Emergencia Pediatría (2 llaves)		
7			Cambio de llave en Rx		
8			Reparación de puerta en Rx		
9			Regado de cerámica en Baños de CIE		
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS				<u>lps 6,000</u>	
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA			FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR		
			<u>Sony Alex Granwell</u>		
			DIA MES AÑO		
			1 10 2020		

NOTA IMPORTANTE:

- *SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DE RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE
- *EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE AL BIEN O 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 RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD

Señores: Oscar Ramon Nayera
Nombre Comercial
 RTN: 01011984093482
 Tarjeta de identidad: 0101198409348
 Dirección del proveedor Col. Los Pinos Calle principal.

Por este medio le solicitamos cotizar precios de los siguientes Bienes y Servicios

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL	
1			Elaboración de Dispensador de Papel para Quiroforo			
2			Construcción de puerta para Triaje en informacion de paciente			
3			Reparación de techo en SMI			
4			Elaboración MESA en Dirección			
5			Elaboración organizador Para triaje			
6			Cambio de llaves en Emergencia Pediatría (7 llaves)			
7			Cambio de llave en Rx			
8			Reparación de puerta en Rx			
9			Reparación de cerámica en Bños de CIE			
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS						
					LPS 7,500	
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA			FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR			
	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
				1	10	2020

NOTA IMPORTANTE:

- *SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DE RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE
- *EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE AL BIEN O SERVICIO
- *SI ES PERSONA NATURAL ESCRIBA CORRECTAMENTE SU CODIGO DE IDENTIDAD
- *EN CASO DE SERLE ADJUDICADAD LA COMPRA, EL CHEQUE SE EMITIRA A NOMBRE DEL QUE POSEA EL RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD