

La Ceiba, Atlántida, 10 de diciembre del 2020

Oficio 0279 -SDGR-HRA

LIC. VICTOR JUAREZ

Gerente Administrativo "SESAL"
Tegucigalpa MDC.

Estimados.

Envío 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. No se realizaron viajes a Tegucigalpa.
5. No tenemos un presupuesto asignado específicamente para COVID-19. Manejamos el presupuesto normal que se nos asigna cada año en salud.
6. Se envía cuadro de 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°. 433801

Comprobante de Fondos Recuperados N°. _____

PAGARA
POR ESTADO CANTIDAD

LA CEIBA 30 DE NOVIEMBRE 2020

A LA ORDEN DE: :::GERSON DAVIN INESTROZA GOMEZ:::

LPS. 4,000.00

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



DRA. SARA M. ALBERTO

COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ



ING. MARICELA X. ALVAREZ

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

CODIGO: 61201

BANCO: BANADESA

CUENTA N°. 05-10217230

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS
23500	<u>LIMPIEZA ASEO Y FUMIGACION</u> VALOR QUE SE CANCELA POR EL SERVICIO DE LIMPIEZA GENERAL EN PREDIOS DE ESTE CENTRO ASISTENCIAL SEGÚN HOJA DE TRABAJO ADJUNTA	4,000.00
Totales.....		4,000.00

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 realizo el trabajo de limpieza en los pasios del Hospital General Atlántida, durante 15 días.


ENCARGADO DE MANTENIMIENTO


FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE

GERSON DAVID INESTROZA GOMEZ**MECANICO. AUTOMOVILES**

Colonia Brisas Del Norte, Frente A Escuela Jesus Aguilar Paz
La Ceiba, Atlantida, Cel:3140-1518
Email: davidgomes.dg768@gmail.com

POR L. 4,000

Fecha: 30 de Noviembre del 20 20

Recibí de: Hospital general Atlantida

RTN: _____

La Cantidad de: cuatro mil exactos

Lempiras.

Por concepto de: Por concepto de limpieza de posillon

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES**N° 000-001-04-00000003****R.T.N.01012005043736**

CAI.000-001-04-00000001 / 000-001-04-00000050

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

TOTAL DE HONORARIOS	
RECIBIDO	
SALDO	

MONTO HONORARIOS BRUTOS PERCIBIDOS	
MONTO RETENCION	
MONTO NETO RECIBIDO	

ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: EMISOR

FECHA LIMITE DE EMISIÓN:03/03/2021


FIRMA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: Gerson David Amestoy Gomez
Nombre Comercial

RTN: 01012005043736

Tarjeta de identidad: 0101200504373

Dirección del proveedor Cal. Brisa del Norte frente a
escuela Jesus Aguilan Paz

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1			Limpia parillas		
2			Limpia parillas		
3			Limpia parillas		
4			Limpia parillas		
5			Limpia parillas		
6			Limpia parillas		
7			Limpia parillas		
8			Limpia parillas		
9			Limpia parillas		
10			Limpia parillas		
11			Limpia parillas		
12			Limpia parillas		
13			Limpia parillas		
14			Limpia parillas		
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS				4,000	
			DIA	MES	AÑO
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA			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

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: José Angel Mendoza Martínez
Nombre Comercial

RTN: 01011995058478

Tarjeta de identidad: 0101199505847

Dirección del proveedor Col. La melgar en el redonde

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1			Limpia parilla		
2			Limpia parilla		
3			Limpia parilla		
4			Limpia parilla		
5			Limpia parilla		
6			Limpia parilla		
7			Limpia parilla		
8			Limpia parilla		
9			Limpia parilla		
10			Limpia parilla		
11			Limpia parilla		
12			Limpia parilla		
13			Limpia parilla		
14			Limpia parilla		
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS				5,000	
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA				FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR	
DIA MES AÑO				DIA MES AÑO	

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