

La Ceiba, Atlántida, 21 de enero del 2021

Oficio 009 -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/remuneración y 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. Contratación de servicios.

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.

Cordial

Cheque N°. 433905

Comprobante de Fondos Recuperados N°. _____

PAGARA
POR ESTADO CANTIDAD

LA CEIBA 01 DE ENERO 2021

A LA ORDEN DE: GERSON DAVIN INESTROZA GOMEZ

LPS. 5,000.00

LA SUMA DE: ::CINCO 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
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	5,000.00
Totales.....		5,000.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

Gerson Davin Inestroza Gomez
Firma

Ing. Maricela X. Alvarez
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 Realizaron, limpieza de pasillos
en el 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. 5,000

Fecha: 4 de Enero del 20 21

Recibí de: Hospital General Atlantida RTN: _____

La Cantidad de: Cinco mil Lempiras exactos Lempiras.

Por concepto de: Limpieza de parillas

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

N° 000-001-04-00000006

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	

Gerson

FIRMA

ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: EMISOR

FECHA LIMITE DE EMISION:03/03/2021

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: Person David Ernesto Gomez
Nombre Comercial

RTN: 01012005043736

Tarjeta de identidad: 0101200504373

Dirección del proveedor Brisas del norte frente a escuela Jesus aguilar pay

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1			Limpieza de parillas		
2			Limpieza de parillas		
3			Limpieza de parillas		
4			Limpieza de parillas		
5			Limpieza de parillas		
6			Limpieza de parillas		
7			Limpieza de parillas		
8			Limpieza de parillas		
9			Limpieza de parillas		
10			Limpieza de parillas		
11			Limpieza de parillas		
12			Limpieza de parillas		
13			Limpieza de parillas		
14			Limpieza de parillas		
15	VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS				5,000
	DIA	MES	AÑO	Firma y Sello del Proveedor	
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA				Firma y Sello del Proveedor	
	4	01	2021		

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

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
 OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: José Angel José Cortez
Nombre Comercial
 RTN:

0	1	0	1	1	9	9	5	0	5	4	8	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarjeta de identidad:

0	1	0	1	1	9	9	5	0	5	4	8	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Dirección del proveedor La Melgar en el redondel

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1			limpieza de parillas		
2			limpieza de parillas		
3			limpieza de parillas		
4			limpieza de parillas		
5			limpieza de parillas		
6			limpieza de parillas		
7			limpieza de parillas		
8			limpieza de parillas		
9			limpieza de parillas		
10			limpieza de parillas		
11			limpieza de parillas		
12			limpieza de parillas		
13			limpieza de parillas		
14			limpieza de parillas		
15			VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS		7,000
			DIA	MES	AÑO
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA			FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR		
			9	01	2021

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

Covid

Cheque N°. 433906

Comprobante de Fondos Recuperados N°. _____

PAGARA

LA CEIBA 05 ENERO 2021

POR ESTADO CANTIDAD

A LA ORDEN DE: LUIS ALONSO MARADIAGA

LPS. 5,000.00

LA SUMA DE: CINCO MIL LEMPIRAS EXACTOS

DRA. SARA M. ALBERTO



COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ

ING. MARICELA X. ALVAREZ



SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA: HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

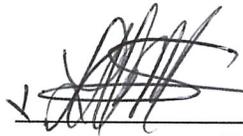
BANCO: BANADESA

CODIGO: 61201

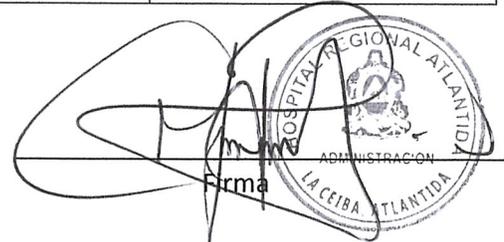
CUENTA N°. 05-10217230

OBJETO	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS
23500	<u>LIMPIEZA ASEO Y FUMIGACION</u> VALOR QUE SE CANCELA POR EL SERVICIO LIMPIEZA RECOLECCION DE BASURA Y CHAPIAS DE ESTE CENTRO ASITENCIAL.	5,000.00
Totales.....		5,000.00

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 Realizaron limpieza de pasillos
en el Hospital General Atlántida
durante 15 días

77


ENCARGADO DE MANTENIMIENTO



X 
FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE

LUIS ALONSO MARADIAGA SILIEZAR

POR L.

5,000

Colonia Flores, Después de la Pulpería Perla por el Ceibón,
La Ceiba, Atlántida | Cel.: 3388-8038
E-mail: maradiaga1881@gmail.com

Fecha: 4 de enero del 2021

Recibí de: Hospital General Atlántida RTN: _____

La Cantidad de: cinco mil Lempiras exactas Lempiras.

Por concepto de: Limpieza de posillos moque y otros

TOTAL DE HONORARIOS	
RECIBIDO	
SALDO	

MONTO HONORARIOS BRUTOS PERCIBIDOS	
MONTO RETENCION	
MONTO NETO RECIBIDO	

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

R.T.N: 01011980017160

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 14/10/2020

CAI: BFB598-DB1B73-064890-EA8854-563269-19
RANGO AUTORIZADO: 000-001-04-00000001 000-001-04-00000050
ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: EMISOR

Nº 000-001-04-00000024


FIRMA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
 OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Señores: Luis Abaonza Moradiaga Siller
Nombre Comercial
 RTN:

0	1	0	1	1	9	8	0	0	1	7	1	6	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarjeta de identidad:

0	1	0	1	1	9	8	0	0	1	7	1	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Dirección del proveedor col. Flores parte alta calle principal casa de terrazo sin pintar

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

Nº	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL						
1		1	limpieza de pasillos								
2		1	limpieza de pasillos								
3		1	limpieza de pasillos								
4		1	limpieza de pasillos								
5		1	limpieza de pasillos								
6		1	limpieza de morgue								
7		1	limpieza de pasillos								
8		1	limpieza de pasillos								
9		1	limpieza de pasillos								
10		1	limpieza de pasillos								
11		1	limpieza de pasillos								
12		1	limpieza de pasillos								
13		1	limpieza de pasillos								
14		1	limpieza de pasillos								
(15)		1	limpieza total de pasillos								
				5,000							
			DIA	MES	AÑO				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 ADJUDICADAD 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: Eudelio Doris Lainet Paz
Nombre Comercial
 RTN:

0	1	0	1	1	9	8	5	0	1	7	9	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Tarjeta de identidad:

0	1	0	1	1	9	8	5	0	1	7	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Dirección del proveedor col. Delicias por el campo

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1		1	Limpieza de pasillos		
2		1	Limpieza de pasillos		
3		1	Limpieza de pasillos		
4		1	Limpieza de pasillos		
5		1	Limpieza de pasillos		
6		1	Limpieza de moqueta		
7		1	Limpieza de pasillos		
8		1	Limpieza de pasillos		
9		1	Limpieza de pasillos		
10		1	Limpieza de pasillos		
11		1	Limpieza de pasillos		
12		1	Limpieza de pasillos		
13		1	Limpieza de pasillos		
14		1	Limpieza de pasillos		
15		1	Limpieza de pasillos		
				VALOR TOTAL A PAGAR	6,000
			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 SER LE ADJUDICADA LA COMPRA, EL CHEQUE SE EMITIRA A NOMBRE DEL QUE POSEA EL RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD