SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS
LA CEIBA, ATLANTIDA
TEL: 2441-4640 / FAX: 2441-4616

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD

La Ceiba, Atlántida, 13 de enero del 2021 **Oficio 004 -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. No se realizaron, compras por fondos solidarios.

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

Nota: Semana del 31 de diciembre 2020 y se reporta hasta la fecha.

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.

COVID

Cheque N°. 433805 **Comprobante de Fondos Recuperados N°.** _____

PAGARA LA CEIBA 02 DE DICIEMBRE 2020

POR ESTADO CANTIDAD

A LA ORDEN DE: :::JONY ALEXI GRANWELL BOLAÑOS::::::: **LPS.** **6,000.00**

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

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA ADMINISTRACION LA CEIBA, ATLANTIDA

FIRMA

DRA. SARAHY ALBERTO

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA DIRECCIÓN LA CEIBA, ATLANTIDA

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
23100	MANTENIMIENTO Y REPARACION DE EDIFICIOS Y LOCALES 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

Jony Alexy Granwell

Firma

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA ADMINISTRACION LA CEIBA, ATLANTIDA

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.

- Pintar la parte de afuera del area de covid al enterno de la Sala.
- Reparar una gotera clinica oficina 11, consulta externa.
- Cambio de cielo Falso
- Arreglo de pila del cuarto de Medico.
- Reparacion de cielo falso en E cyO
- Cambio de cielo Falso en central de equipo
- Tapar Goteras del area de lavanderia, Unidad de covid.
- Reparacion del techo del cuarto #1 Unidad Covid - UCI.

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA
MANTENIMIENTO
CEIBA ATLANTIDA

ENCARGADO DE MANTENIMIENTO

FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE

Jony Alexl 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, Atlantida

Recibo Por Lps. 6,000

Fecha, 30 de NOVIEMBRE de 2020

Recibí de: HOSPITAL General. A. Con R. T. N. _____

La cantidad de: Seismil exactos. Lempiras

En concepto de: Albañineria y Carpinteria

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° 000-001-04-00000029

Jony Granwell
FIRMA

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Hospital General ATLÁNTIDA

Señores: Amy Alexy Granwell
Nombre Comercial

RTN: 0 2 0 1 1 9 8 2 0 0 8 9 1 8

Tarjeta de identidad: 0 2 0 1 9 8 2 0 0 8 9 1

Dirección del proveedor

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1		1	Pintar parte de Afuera del area de covid.		
2		1	Reparacion de gotera clinica # 11		
3		1	Cambio de cielo Falso		
4		1	Arreglo de pila de cuarto Medico		
5		1	Reparación del cielofalso		
6		1	Cambio de cielo falso		
7		1	Tapa goteras del area de Lavanderia		
8		1	Reparación del techo unidad covid.		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
			VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS	L. 6,000.00	

	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

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Hospital General ATLÁNTIDA

Señores: Jaan Miguel Cruz
Nombre Comercial

RTN: 0 1 0 1 1 9 9 0 1 1 1 8 9 1

Tarjeta de identidad: 0 1 0 1 9 9 0 1 1 1 8 9

Dirección del proveedor

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1		1	Pintar la parte de afuera del area de covid.		
2		1	Reparacion de gotera clinica # 11		
3		1	Cambio de cielo Falso		
4		1	Arreglo de pila de cuarto Medico.		
5		1	Reparacion de cielo Falso		
6		1	Cambio de cielo Falso		
7		1	Tapar goteras del area de lavanderia		
8		1	Reparación del techo de Unidad covid.		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
			VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS	L. 7,500.00	

	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

Covid

Cheque N°. 433828 **Comprobante de Fondos Recuperados N°.** _____

PAGARA LA CEIBA 08 DICIEMBRE 2020

POR ESTADO CANTIDAD

A LA ORDEN DE: :::CRISTHIAN FABIAN CASTRO DIAZ::::::: **LPS.** 4,200.00

LA SUMA DE: ::CUATO MIL DOSCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS.:::

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA DIRECCIÓN LA CEIBA, ATLANTIDA

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA ADMINISTRACCION LA CEIBA, ATLANTIDA

FIRMA

DRA. SARA 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
23500	LIMPIEZA ASEO Y FUMIGACION VALOR QUE SE CANCELA POR ENTREGA DE CUERPOS FALLECIDOS POR COVID-19 A FAMILIARES , Y TRASLADO DE CADAVERES	4,200.00
	Totales.....	4,200.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

Cristhian F. Castro

Firma

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA ADMINISTRACCION LA CEIBA, ATLANTIDA

Firma

Identidad N°. _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N°. _____

Registro Tributario _____

Copia: Ministerio de Salud Publica

Contabilidad

Archivo

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. 4,200.00

Fecha: 09 **de** DICIEMBRE **del 20** 20

Recibí de: HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA **RTN:** _____

La Cantidad de: Cuatro mil docientos **Lempiras.**

Por concepto de: Traslado de cadaveres y entrega a los Familiares.

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

Nº 000-001-04-00000005

R.T.N. 01051996005866
CAI: E49C80-AE53C6-8E4EA4-17BEE3-4A8EDC-D0
RANGO AUTORIZADO: 000-001-04-00000001 000-001-04-00000050

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

Cristhian F. Castro
FIRMA

ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: EMISOR

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 09/01/2021

IMP COPY PRINT 2 Tel.: 2440-1277 RTN. 01011975018760. CERT. 9231-19-10500-8.* EMAIL: copyprint24401277@yahoo.com * 01 TAL. BLA. AZU. *# 000-001-04-00000001 - 00000050 *09/10/2020

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Hospital General ATLÁNTIDA

Señores: CRISTHIAN FABIAN CASTRO DIAZ.
Nombre Comercial

RTN: 0105199600586

Tarjeta de identidad: 0105199600586

Dirección del proveedor _____

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
			Maria de Jesus Vasquez L.		
			Ernesto Perez		
			Jesus Lara Lopez		
			Miguel Aguilar Membreño		
			Gloria Argentina Mendez		
			Maximiliano Mejia Norale		
			Abel Nicolas Galeas		
			Jose Antonio Mejia B.		
			Guillermo Rene Azucena		
			Jehudi Said Duron		
			Sonia Isabel Canelas		
			Freddy Fernando Zelaya		
			Tomasa Matute Najera		
			Antonio Cerrato		
			VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS		L. 4,200.00

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA				FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR x Cristhian F. Castro			

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

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Hospital General ATLÁNTIDA

Señores: JUAN ALONSO PEREZ
Nombre Comercial

RTN: 0201199935796

Tarjeta de identidad: 0201199935879

Dirección del proveedor

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
			Maria de Jesus Vasquez L.		
			Ernesto Perez		
			Jesus Lara Lopez		
			Miguel Aguilar Membreño		
			Gloria Argentina Mendez		
			Maximiliano Mejia Norale		
			Abel Nicolas Galeas		
			Jose Antonio Mejia B.		
			Guillermo Rene Azucena		
			Jehudi Said Duron		
			Sonia Isabel Canelas		
			Freddy Fernando Zelaya		
			Tomasa Matute Najera		
			Antonio Cerrato		
			VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS		L. 5,200.00

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA				FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR			

X Cristhian F. Castro

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

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

- Se entrego al Familiar el cadaver de: Maria de Jesus Vasquez Lopez, el día 6-12-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver de: Ernesto Perez el día 6-12-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver de: Jesús Lara Lopez el día 6-12-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver: Miguel Aguilar Membreño, el día 06-12-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver de: Gloria Argentina Mendez Zuniga, el día 05-12-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver de: Maximiliano Mejia Norales, el día 4-12-20
- Se entrego al Familiar el cadaver de: Abel Nicolas Gales, el día 03-12-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver de: Jose Antonio Mejia Banegas, el dia 02-12-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver de: Guillermo Rene Arucena Hernandez, el dia 02-12-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver de: Jehudi Said Duron, el dia 01-12-2020
- Se entrego al Familiar, el cadaver de: Sonia Isabel Canales, el dia 30-11-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver de: Freddy Fernando Telaya Gonzales 23-11-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver: Tomasa Matute Najera, el dia 21-11-2020
- Se entrego al Familiar el cadaver de: Antonio Cerrato, el día 19-11-2020.

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA
MANTENIMIENTO
LA CEIBA, ATLANTIDA

ENCARGADO DE MANTENIMIENTO

Cristhian f. Castro

FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE

Coord

Cheque N°. 433843 **Comprobante de Fondos Recuperados N°.** _____

PAGARA LA CEIBA 15 DE DICIEMBRE 2020

POR ESTADO CANTIDAD

A LA ORDEN DE: ::::GERSON DAVIN INESTROZA GOMEZ:::: **LPS.** 5,000.00

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

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA ADMINISTRACION LA CEIBA ATLANTIDA

FIRMA

DRA. SARA M. ALBERTO ING. MARICELA X. ALVAREZ

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA DIRECCIÓN LA CEIBA, ATLANTIDA

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	LIMPIEZA ASEO Y FUMIGACION 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

X Gerson Inestroza

Firma

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA ADMINISTRACION LA CEIBA ATLANTIDA

Firma

Identidad N°. _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N°. _____

Registro Tributario _____

Copia: Ministerio de Salud Publica

Contabilidad

Archivo

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: 14 de Diciembre del 20 20

Recibí de: Hospital General Atlantida RTN: _____

La Cantidad de: Cinco mil exactos _____ Lempiras.

Por concepto de: Limpieza de pacillos

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

Nº 000-001-04-00000004

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 Inestroza
FIRMA

ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: EMISOR

FECHA LIMITE DE EMISIÓN:03/03/2021

IMP. COPY PRINT TEL.: 2440-1277 RTN. 01011975018760. CERT. 9231-19-10500-8 * EMAIL: copyprint24401277@yahoo.com * 01 TAL. BLA. VER - 000-001-04-00000001/ 000-001-04-00000050* 01/09/2020

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

- Se Realizaron los trabajos de Limpieza de pasillos. y chapia en diferentes zonas del Hospital General Atlántida, durante 15 día.

ENCARGADO DE MANTENIENTO

FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE

Instituto: SECRETARIA DE SALUD
Oficina de Compra: HOSPITAL ATLANTIDA

C O T I Z A C I O N

Señores: Gerson David Anestroza Gomez
Nombre Comercial

RTN 0 1 0 1 2 0 0 5 0 4 3 7 3 6
Nombre del Titular del RTN

Tarj Identidad 0 1 0 1 2 0 0 5 0 4 3 7 3
Nombre Completo Según T.I.

Dirección del Proveedor Col Brisas del norte frente a escuela jesus aguilar paz

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

N°	Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Valor Total
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
					5,000

	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Firma y Sello Unidad Cotizadora				X Gerson A Firma y Sello Del Proveedor	1 4	1 2	2 0

Instituto: SECRETARIA DE SALUD
Oficina de Compra: HOSPITAL ATLANTIDA

C O T I Z A C I O N

Señores: jose angel mendoza martinez
Nombre Comercial

RTN 0 1 0 1 1 9 9 5 1 5 4 8 4 7
Nombre del Titular del RTN

Tarj. Identidad 0 1 0 1 1 9 9 5 1 5 4 8 4
Nombre Completo Según T.I.

Dirección del Proveedor Col. La melgar en redondel

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

N°	Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unitario	Valor Total
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
			Limpieza de pacillos		
					7,500

	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Firma y Sello Unidad Cotizadora	1 4	1 2	2 0	X jose mendoza Firma y Sello Del Proveedor			

Covid

Cheque N°. 433876 **Comprobante de Fondos Recuperados N°.** _____

PAGARA LA CEIBA 21 DICIEMBRE 2020

POR ESTADO CANTIDAD

A LA ORDEN DE: :::CRISTHIAN FABIAN CASTRO DIAZ::::::: **LPS. 3,600.00**

LA SUMA DE: ::TRES MIL SEISCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS.:::

DRA. SARA 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
23500	LIMPIEZA ASEO Y FUMIGACION VALOR QUE SE CANCELA POR ENTREGA DE CUERPOS FALLECIDOS POR COVID-19 A FAMILIARES , Y TRASLADO DE CADAVERES	3,600.00
	Totales.....	3,600.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

xCristhian F. Castro

Firma

Firma

Identidad N°. _____

Impuesto Sobre la Renta _____

Solvencia N°. _____

Registro Tributario _____

Copia: Ministerio de Salud Publica
Contabilidad
Archivo

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: dicri5@yahoo.es

POR L. 3,600

Fecha: 21 **de** Diciembre **del 20** 20

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

La Cantidad de: tres mil, Seiscientos 6/100. **Lempiras.**

Por concepto de: Traslado de cadaveres y entrega a familiares

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES **Nº 000-001-04-00000006**

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

IMP. COPY PRINT 2 Tel.: 2440-1277 RTN. 01011975018760. CERT. 9231-19-10500-8.* EMAIL: copyprint24401277@yahoo.com * 01 TAL. BLA. AZU. *# 000-001-04-00000001 - 00000050 *09/10/2020

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

Se trasladaron 12 cuerpos fallecidos por COVID a la morgue y posteriormente entregado a sus familiares

ENCARGADO DE MANTENIENTO

HOSPITAL ATLANTIDA
SERVICIOS GENERALES

Cristhian F. Castro
FIRMA DEL RECEPTOR DEL CHEQUE

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Hospital General ATLÁNTIDA

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 Col 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			Traslado de 12 cadaveres,		
			fallecidos por COVID y		
			posteriormente entregarlo		
			a familias	300	
			VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS	3,600	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA				Cristhian f. Castro FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR	15	12	202

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

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Hospital General ATLÁNTIDA

Señores: Marvin Geovani Galvez
Nombre Comercial

RTN: 0101 1984 00347 2

Tarjeta de identidad: 0101 1984 00347

Dirección del proveedor Col. Los Arcos

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1			Traslado de Cuerpo Fallecido a Morgue y entrega a sus familiar. en total 12 Cadaveres Fallecidos por COVID.		

VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS 5,500 Lps

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA				FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR Marvin Galvez	15	12	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