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, 04 de febrero del 2021 **Oficio 014 -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

HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA DIRECCION LA CEIBA ATLANTIDA

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.

Hospital General ATLÁNTIDA

Cheque N°. 433925 **Comprobante de Fondos Recuperados N°.** _____

PAGARA LA CEIBA 11 ENERO 2021

POR ESTADO CANTIDAD

A LA ORDEN DE: :::CRISTHIAN FABIAN CASTRO DIAZ::::::: **LPS.** 3,000.00

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

DRA. SARA ALBERTO DIRECCIÓN — **FIRMA** — 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
23500	LIMPIEZA ASEO Y FUMIGACION VALOR QUE SE CANCELA POR ENTREGA DE CUERPOS FALLECIDOS POR COVID-19 A FAMILIARES , Y TRASLADO DE CADAVERES	3,000.00
	Totales.....	3,000.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

x Cristhian 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: djcri5@yahoo.es

POR L. 3,000

Fecha: 7 **de** Enero **del 20**21

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

La Cantidad de: tres mil exactos **Lempiras.**

Por concepto de: Traslados de Cadaveres y entrega a familiares

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES **Nº 000-001-04-00000007**

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

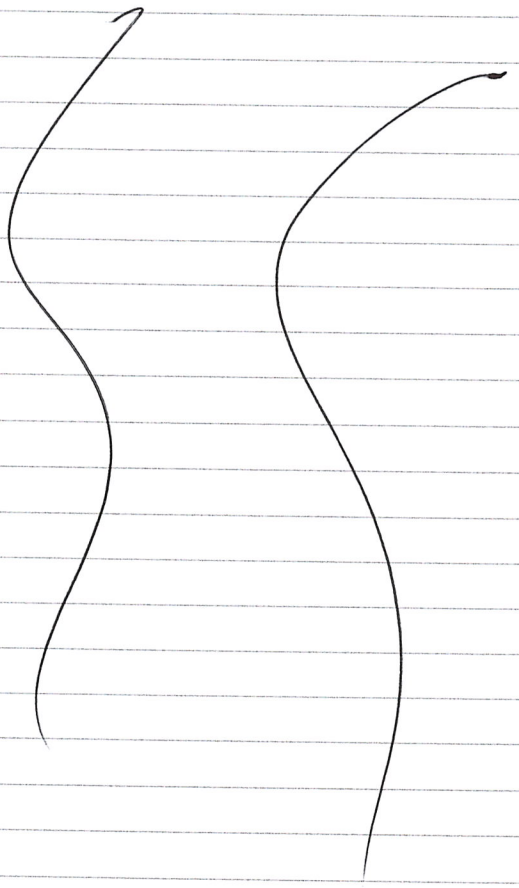
ORIGINAL: **CLIENTE** / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: **EMISOR**

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 realizaron 10 traslados de cadaveres fallecidos por covid y posteriormente fueron entregados a los familiares



HOSPITAL ATLÁNTIDA
SERVICIOS GENERALES
LA CEIBA, ATLÁNTIDA

ENCARGADO DE MANTENIENTO

Cristhian Fo 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

HGA Hospital General ATLÁNTIDA

Señores: Mauricio Roberto Martinez.
Nombre Comercial

RTN: 0 1 0 1 1 9 8 4 0 0 3 4 6 2

Tarjeta de identidad: 0 1 0 1 1 9 8 4 0 0 3 4 6

Dirección del proveedor Col la esperanza.

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
			Traslado de 10 cadaveres de sala a morgue y entregados a familiares.		
			VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS	5,500	

FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA	DIA	MES	AÑO	FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR	DIA	MES	AÑO
				Marcio Roberto M.	7	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

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: 0105 1996 00586

Tarjeta de identidad: 0105 1996 00586

Dirección del proveedor 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 10 cadaveres fallecidos por COVID, de sala a morgue y entrega a sus familiares		
			VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS		3,000

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA				Cristhian F. Castro FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR	07	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

Cheque N°. 433947 **Comprobante de Fondos Recuperados N°.** _____

PAGARA LA CEIBA 20 ENERO 2021

POR ESTADO CANTIDAD

A LA ORDEN DE: ::::LUIS ALONSO MARADIAGA:::: **LPS.** 5,000.00

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

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA LA CEIBA, ATLANTIDA

DRA. SARA M. ALBERTO

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA ADMINISTRACION LA CEIBA ATLANTIDA

FIRMA

ING. MARICELA Y. 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
23500	LIMPIEZA ASEO Y FUMIGACION 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

X _____

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

LUIS ALONSO MARADIAGA SILIEZAR

Colonia Flores, Después de la Pulpería Perla por el Ceibón,
La Ceiba, Atlántida | Cel.: 3388-8038
E-mail: maradiagal881@gmail.com

POR L. 5,000

Fecha: 18 **de** enero **del 20** 21

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

La Cantidad de: cinco mil Lempiras exactos **Lempiras.**

Por concepto de: limpieza de pasillos y cocina

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

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

R.T.N: 01011980017160

CAI: BFB598-DB1B73-064890-EA8854-563269-19

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

ORIGINAL: **CLIENTE** / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: **EMISOR**

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 14/10/2020

Nº 000-001-04-00000025

FIRMA

IMP. COPY PRINT Tel.: 2440-1277 RTN. 01011975018760. CERT. 9231-19-10500-8.* 01 TAL. BLA. AMA . #000-001-04-00000051 / 000-001-04-00000100* 11/10/2019

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

Se realizó limpieza de pasillos por 15 días en el H.G.A del 4 enero a 18 Enero 2024

HOSPITAL ATLÁNTIDA
SERVICIOS GENERALES
LA CEIBA, ATLÁNTIDA

ENCARGADO DE MANTENIENTO

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: Luis Alonso Maradiaga
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 casa de terraza sin pintar

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 cocina		
7		1	Limpieza de pasillos		
8		1	Limpieza 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		
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS				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

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Hospital General ATLÁNTIDA

Señores: Dario Alexander Gomez
Nombre Comercial

RTN: 0 1 0 1 1 9 8 5 0 7 1 4 0 1

Tarjeta de identidad: 0 1 0 1 1 9 8 5 0 7 1 4

Dirección del proveedor col los son Juanes parte de arriba 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		1	Limpieza de pasillos		
2		2	Limpieza de pasillos		
3		3	Limpieza de pasillos		
4		4	Limpieza de pasillos		
5		5	Limpieza de pasillos		
6		6	Limpieza de cocina		
7		7	Limpieza de pasillos		
8		8	Limpieza de pasillos		
9		9	Limpieza de pasillos		
10		10	Limpieza de pasillos		
11		11	Limpieza de pasillos		
12		12	Limpieza de pasillos		
13		13	Limpieza de pasillos		
14		14	Limpieza de pasillos		
VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS				6,000	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA				Dario Alexander G. 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

Cheque N°. 433949 **Comprobante de Fondos Recuperados N°.** _____

LA CEIBA, 20 ENEROE 2021

PAGARA

POR ESTADO CANTIDAD

A LA ORDEN DE: :::.:DANIA YADIRA GUERRA::::: **LPS** **6,700.00**

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

DRA. SARA M. ALBERTO

DIRECCIÓN

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

LA CEIBA, ATLANTIDA

COLOQUE EL CHEQUE AQUÍ

ING. MARICELA X. ALVAREZ

FIRMA

ADMINISTRACION

HOSPITAL REGIONAL ATLANTIDA

LA CEIBA, ATLANTIDA

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 INSTALACION DE SITEMAS ELECTRICOS EN DIFERENTES PREDIOS DE ESTE CENTRO ASISTENCIAL SEGÚN HOJA DE TRABAJO ADJUNTA.	6,700.00
	Totales.....	6,700.00

RECEPTOR DEL CHEQUE

Dania Y Guerra

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

Dania Yadira Guerra Peña

Colonia Ponce, Calle a la Maquila, frente Molino Sula Harinero Sula,
La Ceiba, Atlantida | Cel.: 96120012
E-mail: electrocampion@gmail.com

POR L. 6,700

Fecha: 18 de Enero del 2024

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

La Cantidad de: Seis mil Setecientos exactos **Lempiras.**

Por concepto de: Reparaciones electricas y Asistencia Tecnica.

RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES Nº 000-001-04-00000020

R.T.N. 01011988029640

CAI.: AC99B2-DDD31B-DC4290-E122B3-0EAB68-C6

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

TOTAL DE HONORARIOS	
RECIBIDO	
SALDO	

MONTO HONORARIOS BRUTOS PERCIBIDOS	
MONTO RETENCION	
MONTO NETO RECIBIDO	

Daniel Guerra

FIRMA

ORIGINAL: **CLIENTE** / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO: **EMISOR**

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 03/07/2020

IMP. COPY PRINT 2 Tel.: 2440-1277 RTN. 01011975018760. CERT. 9231-14-10500-11.* EMAIL: copyprint24401277@yahoo.com * 01 TAL. BLA. AMA. # 000-001-04-00000001 / 00000050 *04/01/2020

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

Se Reparo Lampara de Cenzo de la Sala de Recepcion

Se Reparo Tomacorriente en UCI

Se Cambiaron 2 Lamparas Led en COVID Intermedio

Se Cambiaron 2 Lampara en Emergencia de Cirugio y Ortopedia

Se Cambiaron 12 Focos en Intermedio

Se Cambiaron focos y Revisaron Roseles en Varios Sales.

HOSPITAL ATLÁNTIDA
SERVICIOS GENERALES
LA CEIBA, ATLÁNTIDA

ENCARGADO DE MANTENIENTO

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: Dania Yadira Guerra Peña
Nombre Comercial

RTN: 0 1 0 1 1 9 8 8 0 2 9 6 4 0

Tarjeta de identidad: 0 1 0 1 1 9 8 8 0 2 9 6 4

Dirección del proveedor Col. Ponce, calle a la maquila.

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

N°	CANTIDAD	UNIDAD	APLICADORES CON	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1			Asistencia Tecnica de electricidad por Emergencia		
2			Reparacion de lampara de techo en Recuperacion		
3			Reparacion de tomacorriente en UCI COVID		
4			Cambio de 20 lamparas en Intermedio y 12 focos		
5			Cambio de 2 lamparas en Emergencia Cambio de focos en Vacios		
6			Sala y Revicion de Rosetas de los mismos		
			VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS	6,700	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA				FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR Dania Guerra	7	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

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL ATLANTIDA
OFICINA DE COMPRA
COTIZACION

Hospital General ATLÁNTIDA

Señores: Jose Mauricio Romero Aguilar.
Nombre Comercial

RTN: 0 1 0 1 1 9 7 4 0 0 3 4 2 6

Tarjeta de identidad: 0 1 0 1 1 9 7 4 0 0 3 4 2

Dirección del proveedor Col. Sitramacsa, 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			Asistencia Tecnica de electricidad por Emergencia		
2			Reparacion de lampara de Cenzo en Recuperacion		
3			Reparacion de tomacorriente en UCI COVID		
4			Cambio de 20 Lamparas en Intermedio y 12 focos		
5			Cambio de 2 lamparas e Emergencia Cambio de focos en varios		
6			Sala y Recicion de Rosetas de los mismos		
			VALOR TOTAL A PAGAR EN LPS	9,000.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA				FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR Josemauricio Romero	7	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