



Honduras, C.A.

MACUELIZO, SANTA
BARBARA
EJERCICIO: 2024
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 17/07/2024
Hora : 11:28 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9989

L: 1,499.99

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 8107

Fecha de Emisión: 17/7/2024

No. Cheque/Nota de Débito: 8203

Pague a: ASOCIACION DE SERVICIOS DE INTERNET ASI NETWORK S DE RL Id/RTN: 16189012479757

La Cantidad en Letras: UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS

Descripción:

Pago por servicio de internet de las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud correspondiente al mes de Julio del año 2024.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 25700 14-012-01	Servicio de Internet	1,499.99

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

CODIGO	RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	1,499.99
	Monto Total:	1,499.99

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	1,499.99
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	1,499.99

 Firma y Sello de Presupuestario	 Firma y Sello de Alcalde (sa)	 Firma y Sello de Tesorería
-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Recibido por:

Identidad No.:

Keilyn Ramirez
16131990 0001

0s+js/f9JmexcG081jfmIvYITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAlOWdlegnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

Numero de Cliente: 3067

Asociación de Servicios de Internet S de RL

Bo. El Centro, Pinalejo, Plaza Jerezano, Local II,
Quimistan Santa Barbara
RTN: 16189012479757

Tel.: 25440601
Celular: 31750476
E-mail: info@asinetworkhn.com
web: www.asi.hn

Fecha Limite de Emision: 2025-05-30

RTN Cliente: 16139011360075

CAI: A600D6-145D01-B741AA-CA4C28-FA161A-5C
Rango Autorizado: 000-001-01-00-939001/000-001-01-00-1119000

Modelo Descentralizado de Salud
Barrio el centro contiguo a mavaqui

Emisión: 2024-07-01 00:00:00
Vencimiento: 2024-07-06 00:00:00
Fecha de Corte: 2024-07-01 00:00:00

DATOS ADQUIRIENTE EXONERADO

N. ORDEN COMPRA EXENTA	N. CONSTANCIA REGISTRO EXONERADO	N. REGISTRO SAG
------------------------	----------------------------------	-----------------

Concepto	Medida	Uds.	%I.S.V.	Precio sin I.S.V.	I.S.V.	SubTotal
50 MEGA RESIDENCIAL FO PROMO + 2 R.FireStick L.1499.99 Periodo 7/2024	1	1.0000	15%	1,304.34	195.65	1,499.99

SUBTOTAL L.	DESCUENTOS Y REBAJAS L.	IMPUESTO 15% L.	IMPUESTO 18% L.	IMPORTE GRAVADO 15%	IMPORTE GRAVADO 18%	IMPORTE EXENTO/ISV	IMPORTE EXONERADO L.	TOTAL L.
1,304.34	0.00	195.65	0	1,304.34	0	0	0	1,499.99

TOTAL FACTURA, I.S.V. incluido 1,499.99

Tasa de Cambio 24.9=1\$

Favor realizar los depósitos a las siguientes cuentas:

Banco del Pais 01-090-000150-7

Factura de crédito

ORIGINAL: CLIENTE

CLIENTE: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

EL CHEQUE DEBE SER EMITIDO A NOMBRE DE "ASI NETWORK"

IMPORTANTE: ASI es un servicio de Internet "PRE-PAGO", para estar al día realiza tu pago del 1 al 5 de cada mes y puedes pagar a través de: www.asi.hn presiona Click en "PAGOS Y FACTURA"

VALOR EN LETRAS UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE LEMPÍRAS CON 99 CENTAVOS



Documento fiscal válido

Emisor

RTN
16189012479757

Nombre completo o Razón social
ASOCIACION DE SERVICIOS DE INTERNET S. DE R.L.

Nombre comercial
ASI NETWORK

Teléfono
2544-0601

Email
infofacturacion@asinetworkhn.com

Dirección casa matriz

EL CENTRO PRINCIPAL CASA: II EDIFICIO: APARTAMENTO: ZONA POSTAL: PINALEJO REFERENCIA: DOMICILIO ALQUILADO, EN PLAZA JEREZANO, CONTINUO AL RESTAURANTE EL MESÓN DEL PAN COFFEE SHOP SANTA BÁRBARA QUIMISTÁN

Dirección establecimiento

REFERENCIA DEL DOMICILIO: EL CENTRO PRINCIPAL NO. II

Documento

Nº documento
000-001-01-00955358

Estado documento
Activo

CAI
A600D6-145D01-B741AA-CA4C28-FA161A-5C

Tipo de documento
Factura

Modalidad
Auto impresor: SFC Independiente Fijo

Fecha límite emisión
30/05/2025

Rango autorizado
000-001-01-00939001 / 000-001-01-01119000



Sucursal Santa Barbara, Honduras, C.A.
Bo. El Centro, Plaza Jerezano.
Telefono: (504) 3312-0328, 3312-6065
Telefono: (504) 2544-0144, 2544-0305
Correo: info@asinetworkhn.com

Oficina San Pedro Sula, Honduras, C.A.
Carretera Armenta entre la UTH - ALTIA
Col. Los Alamos Casa #11B.
Telefono: (504) 2544-0601, 3175-0470

Recibo N# 202401808

R.T.N. 16189012479757

Lps. 1,400.00

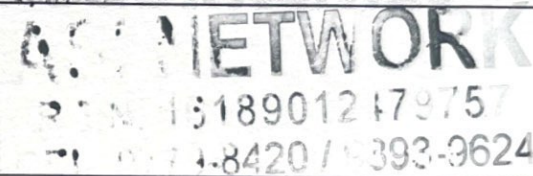
MIERCOLES 24 DE 07 DE 2024

RECIBIMOS DE: Modelo Descentralizado de Salud (3067)

LA CANTIDAD DE: UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE LEMPIRAS CON 99 CENTAVOS

POR CONTEPTO DE: Pago del servicio de internet correspondiente al mes de : Julio de 2024

PAGADO 1,499.99	SALDO ANT. 1499.99
BANCO Banpais	ABONO 1,499.99
# CHEQUE 8203	SALDO ACT. 0.00



RECIBIDO POR

[Signature]



República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 16189012479757

ASOCIACION DE SERVICIOS DE INTERNET ASI NETWORK S DE RL

Nombre o Razón Social

Inscripciones	
Ventas-Selectivo	☒ Productores Importadores de Cigarrillos
Importador	☐ Productor Alcoholes Licores
Exportador	☐ Distribuidor Alcoholes Licores
Imprentas	☐ Importador Alcoholes Licores
Prestamista	☐

Fecha de Emisión: 20120509

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.

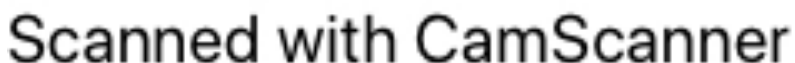
Director Ejecutivo

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras.

Número de Documento DEI-412- 1039479

Transacción: 59817B





Honduras, C.A.

MACUELIZO, SANTA
BARBARA
EJERCICIO: 2024
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 17/07/2024
Hora : 11:29 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9990

L: 628.94

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 8108

Fecha de Emisión: 17/7/2024

No. Cheque/Nota de Débito: 8204

Pague a: TELEFONICA CELULAR S.A. DE C.V.

Id/RTN: 05029000001320

La Cantidad en Letras: SEISCIENTOS VEINTIOCHO CON NOVENTA Y CUATRO CENTAVOS

Descripción:

Pago de telefonía celular de Línea de teléfono asignada a Unidad Técnica de Salud durante el periodo del 04/06/2024 al 03/07/2024

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 21430 14-012-01	Telefonía Celular	628.94

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	628.94
Monto Total:		628.94

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	628.94
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	628.94

Firma y Sello de Presupuesto

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:

Identidad No.:

0s+js/j9JmexcG081jfmIvYITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdleqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

Nombre del Cliente: ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA

Número de celular: (504)94304450
RTN/Número de Identidad: 16139011360075
Correo Electronico: edenia.brit92@gmail.com
Dirección: BO EL CENTRO MACUELIZO STA BARBARA CONTIGUO HONDUTEL

Datos de tu Factura y Fecha de pago:

Fecha límite de pago: 24 de julio de 2024

Fecha de Emisión: 03 de julio de 2024
N° de Factura: 000-311-01-16448881
Periodo Facturado: Del 04-06-2024 al 03-07-2024
CAI: 91625F-85CB96-4D48AA-B168B2-B8CBC6-B4

Valor total a pagar:

L 628.94

*Consumo del mes	\$	21.99
Impuestos	\$	3.30

Descripción

Descripción	Cantidad	Precio(Unitario)	Sub-Total	Descuento y Rebajas Otorgados	Total
PLAN HIBRIDO BUSINESS USD21.99	1.00	\$ 21.9900	\$ 21.99	\$ 0.00	\$ 21.99 (G)

Total	\$	21.99	\$	0.00	\$ 21.99
Subtotal	\$	0.00			
(-)Descuentos y Rebajas Otorgados	\$	0.00			
Valores Exentos	\$	0.00			
Valores Exonerados	\$	0.00			
Valores Alicuota Tasa Cero	\$	0.00			
Valores Gravables 15% ISV	\$	21.99			
Impuesto Sobre Venta 15% sobre Valores Gravables	\$	3.30			
Impuesto Sobre Venta Sobre Valores Alicuota Tasa Cero	\$	0.00			
Total Facturado del mes	\$	25.29	Tasa de Cambio L 24.8693		
Total Facturado del mes en Lempiras	L	628.94	Seiscientos VeintiOcho Lempiras con 94/100		
(-) Abonos del Periodo	L	0.00			
Total a pagar del mes	L	628.94			

Datos del Adquiriente exonerado

Número correlativo de la orden de compra exenta:
Número correlativo de la constancia de registro de exonerados:
Número carnet Diplomático:
Número identificativo del Registro de la Secretaría de Estado
en el Despacho de Agricultura y Ganadería

Puedes efectuar tus pagos en: Mi Cuenta

micuenta.tigo.com.hn



y



También en los siguientes bancos:

Ficohsa | Bac-Credomatic | Atlantida | Promerica | Banhcafe | Banpais
Coop. Sagrada Familia | Davivienda | Banco de Occidente

Original: Cliente | Copia: Obligado Tributario Emisor

Telefónica Celular S.A. de C.V. | R.T.N 05029000001320 | Plaza Tigo, Colonia Los Almendros, al final del blv. Morazán, Tegucigalpa | Número Telefónico 2265-8446 | Número de atención al cliente desde tu celular *611 | Ingresa a www.tigo.com.hn
Representante legal: regal@tigo.com.hn | Nomenclatura: E=Exento Ex=Exonerado G=Gravable
Fecha Límite de Emisión: 2024-07-19 | Rango de Documentos Fiscales Autorizados
Del 000-311-01-11500001 al 000-311-01-17000000

Documento fiscal válido

Emisor

RTN
05029000001320Nombre completo o Razón social
TELEFONICA CELULAR S.A. DE C.V.Nombre comercial
CELTELTeléfono
2265-8446Email
representantelegal@tigo.com.hn

Dirección casa matriz

COL. LOS ALMENDROS BOULEVARD MORAZN CASA: PLAZA TIGO EDIFICIO: NA APARTAMENTO: ZONA POSTAL: FINAL
BLV. MORAZN REFERENCIA: EDIFICIO PLAZA TIGO, CONTIGUO AL REDONDEL, COL LA ESPERANZA, CALLE OPUESTA
GASOLINERA UNO FRANCISCO MORAZÁN DISTRITO CENTRAL

Dirección establecimiento

REFERENCIA DEL DOMICILIO: COL. LOS ALMENDROS BOULEVARD MORAZN NA NO. PLAZA TIGO

Documento

N° documento
000-311-01-16448881Estado documento
ActivoCAI
91625F-85CB96-4D48AA-B168B2-B8CBC6-B4Tipo de documento
FacturaModalidad
Auto impresor: SFC en Red FijoFecha límite emisión
19/07/2024Rango autorizado
000-311-01-11500001 / 000-311-01-17000000

ROE-095 V. 2



BANCO DEL PAÍS, S. A.

Edificio Torre del País Barrio el Playón, Blvd. José A. Peraza, San Pedro Sula
RTN. 08019995140489 TEL. 2566-2020

014643356

PAGO CELTEL

AGENCIA AZACUALPA

FECHA TRANSACCION 29-07-2024

HORA :12:09:21

NO. TELEFONO :94304450

SALDO ACTUAL :L.628.94

VALOR PAGADO :L.628.94

SECUENCIA TRANSACCION : 205

*****BANCO DEL PAIS*****

AGENCIA AZACUALPA

01470 TANIAQ TRX:5728 AUT:465013

NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE CAJERO

*****SELLO ELECTRONICO*****

VERIFIQUE ANTES DE FIRMAR QUE EL NÚMERO DE CUENTA INDICADO PERTENECE AL NOMBRE DEL CLIENTE SOLICITADO
No es válido sin la certificación e impresión del sistema electrónico del Banco.

	2
	3
	4

11PTT37345



	4
	3
	2
	1



MACUELIZO, SANTA
BARBARA
EJERCICIO: 2024
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 17/07/2024
Hora : 11:29 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9991

L.: 11,700.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 8109

Fecha de Emisión: 17/7/2024

No. Cheque/Nota de Débito: 8205

Id/RTN: 04019007083261

Paguese a: INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV

La Cantidad en Letras: ONCE MIL SETECIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Pago a Laboratorio Patológico por lectura de 195 muestras de citologías correspondiente al mes de Junio 2024 en cumplimiento a la cartera de servicios del primer nivel de atención en Salud del Modelo Descentralizado de Salud

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 24130 14-012-01	Servicios Médicos	11,700.00

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

CODIGO	RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	11,700.00
	Monto Total:	11,700.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	11,700.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	11,700.00

Firma y Sello de Presupuesto	Firma y Sello de Tesorería
Firma y Sello de Alcalde (sa)	

Recibido por:

Identidad No.:

0s+js/9JmexcG081jfmIvylTtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdleqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

17/07/2024 11:29:52 a.m.

1

ESTADO DE CUENTA MACUELIZO JUNIO 2024



N	F	Nombre del Paciente	Procedencia	Costo
1	30-may	Blanca Marcela Alvarado	Macuelizo	60.00
2		Dilcia Luz Lainez Nuñez	Macuelizo	60.00
3		Carmina Pineda	Macuelizo	60.00
4		Maria Garcia	Macuelizo	60.00
5		Digna Alvarado	Macuelizo	60.00
6		Glenda Bajurta	Macuelizo	60.00
7		Fany Perez	Macuelizo	60.00
8		Dunia Salgado	Macuelizo	60.00
9		Brenda Ayala	Macuelizo	60.00
10		Denia Rivera	Macuelizo	60.00
11		Maria Oneyda Granados	Macuelizo	60.00
12		Ana Nohemy Mercado Guzman	Macuelizo	60.00
13		Maria Rosa Aquino Santos	Macuelizo	60.00
14		Mercedes Nohemy Aguilar	Macuelizo	60.00
15		Marihu Chacon Ramirez	Macuelizo	60.00
16		Norma Carolina Escobar	Macuelizo	60.00
17		Ivana Henriquez	Macuelizo	60.00
18		Sonia Isabel Gonzales Martinez	Macuelizo	60.00
19		Maria Paulina Lopez	Macuelizo	60.00
20		Ivania Marizol Villanueva	Macuelizo	60.00
21		Virgilia Montufar Pineda	Macuelizo	60.00
22		Maria Aracely Lara	Macuelizo	60.00
23		Maria Elena Vasquez	Macuelizo	60.00
24		Bessy Johana Ramirez	Macuelizo	60.00
25		Kenia Arely Gonzales	Macuelizo	60.00
26		Andrea Michel Alvarado	Macuelizo	60.00
27		Ana Bessi Lara	Macuelizo	60.00
28		Claudia Nohelia Lopez Rios	Macuelizo	60.00
29		Sindy Yisel Paz Mejia	Macuelizo	60.00
30		Ana Maria Guajaca	Macuelizo	60.00
31		Dilcia Alvarado	Macuelizo	60.00
32	10-jun	Carmen Mejia Guillen	Macuelizo	60.00
33		Dilcia Marleny Videz	Macuelizo	60.00
34		Lizzette Salina Navarro	Macuelizo	60.00
35		Norma Andrade Andrade	Macuelizo	60.00
36		Maria Gladis Miranda	Macuelizo	60.00
37		Nel Fernandez Guillen	Macuelizo	60.00
38		Diana Yadira Portillo	Macuelizo	60.00
39		Cindy Patricia Cantarero	Macuelizo	60.00
40		Maria Yessenia Ramos	Macuelizo	60.00
41		Maria Argentina Mejia Hernandez	Macuelizo	60.00
42		Teodora Martinez Flores	Macuelizo	60.00
43		Lidia Guzman	Macuelizo	60.00
44		Maria Olivia Moran	Macuelizo	60.00
45		Martha Isabel Diaz	Macuelizo	60.00
46		Dionicia Postales	Macuelizo	60.00
47		Reina Isabel Galdamez	Macuelizo	60.00
48		Julia Santos Benitez	Macuelizo	60.00
49		Carmen Lourdes Gonzales	Macuelizo	60.00
50		Carmen Maria Torres Ruiz	Macuelizo	60.00



+(504) 2662-1413 2662-5861 2662-2445 Fax: +(504) 2662-5149

Barrio El Calvario, una cuadra al norte del Hospital Regional de Occidente,
Santa Rosa de Copán, Honduras, C.A.

51	Andrea Sarai Caballero	Macuelizo	60.00
52	Marlen Carolina Perdomo Trochez	Macuelizo	60.00
53	Lesly Karina Melgar Martinez	Macuelizo	60.00
54	Cindy Susana Ramirez	Macuelizo	60.00
55	Mayra Lizeth Aguirre Rosa	Macuelizo	60.00
56	Olga Marina Benitez	Macuelizo	60.00
57	Kenia Yamileth Paguada	Macuelizo	60.00
58	Santos Membreño	Macuelizo	60.00
59	Ana Dilma Melgar	Macuelizo	60.00
60	Heidi Hernandez	Macuelizo	60.00
61	Maria Ayala	Macuelizo	60.00
62	Ingris Vanessa Mejia	Macuelizo	60.00
63	Sonia Ventura Vasquez	Macuelizo	60.00
64	Jenie Lizeth Tainez	Macuelizo	60.00
65	Brenda Santos	Macuelizo	60.00
66	Fanny Fabiola Perdomo	Macuelizo	60.00
67	Yamileth Melgar	Macuelizo	60.00
68	Lesly Maricela Cruz	Macuelizo	60.00
69	Dilcia Suyapa Navarro	Macuelizo	60.00
70	Yesica Marleny Escobar	Macuelizo	60.00
71	Reina Elizabeth Miranda	Macuelizo	60.00
72	Delmy Lorena Caballero	Macuelizo	60.00
73	Maria Isabel Portillo	Macuelizo	60.00
74	Dilma Yaquelin Lara	Macuelizo	60.00
75	Jenny Patricia Gomez	Macuelizo	60.00
76	Teresa De Jesus Rodriguez	Macuelizo	60.00
77	Gloria Marquez Mejia	Macuelizo	60.00
78	Mayra Lizeth Ramos Santos	Macuelizo	60.00
79	Rosa Delia Sanchez	Macuelizo	60.00
80	Nelix Ruby Lara	Macuelizo	60.00
81	Fany Esmeralda Rodriguez Hernandez	Macuelizo	60.00
82	Maria Magdalena Manchame	Macuelizo	60.00
83	Maria Sonia Escobar	Macuelizo	60.00
84	Liliana Beatriz Garcia	Macuelizo	60.00
85	Maria Lucia Quintanilla	Macuelizo	60.00
86	Anny Edith Gutierrez	Macuelizo	60.00
87	Maria Amalia Cortez	Macuelizo	60.00
88	Anita Sarmiento	Macuelizo	60.00
89	Martha Arita Arita	Macuelizo	60.00
90	Mercy Lizeth Vega Rodriguez	Macuelizo	60.00
91	Dora Yamileth Melgar	Macuelizo	60.00
92	Maria Bersabe Perdomo	Macuelizo	60.00
93	Paola Joselin Mejia	Macuelizo	60.00
94	Amanda Miranda Ramirez	Macuelizo	60.00
95	Glenda Yadira Mejia	Macuelizo	60.00
96	Prudencia Melgar Rivas	Macuelizo	60.00
97	Maricelda Lopez Ramirez	Macuelizo	60.00
98	Yari Mariela Rivas	Macuelizo	60.00
99	Erlin Yadira Brizuela	Macuelizo	60.00
100	Rosa Lidia Melgar Melgar	Macuelizo	60.00



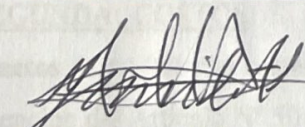
+(504) 2662-1413 2662-5861 2662-2445 Fax: +(504) 2662-5149
 Barrio El Calvario, una cuadra al norte del Hospital Regional de Occidente,
 Santa Rosa de Copán, Honduras, C.A.

101		Santitos Ramirez	Macuelizo	60.00
102		Navi Orbeli Rodriguez	Macuelizo	60.00
103		Dunia Aracely Bardales	Macuelizo	60.00
104		Josefa Nohelia Medina	Macuelizo	60.00
105		Soneyda Mabel Pinto Sanchez	Macuelizo	60.00
106		Rosa Yohana Hernandez	Macuelizo	60.00
107		Karen Melissa Lopez Roman	Macuelizo	60.00
108		Maria Contreras	Macuelizo	60.00
109		Dilcia Martínez	Macuelizo	60.00
110		Zoila Lara	Macuelizo	60.00
111		Jocki isamari Serrano	Macuelizo	60.00
112		Consuelo Maldonado	Macuelizo	60.00
113		Sonia Dominga Perez	Macuelizo	60.00
114		Rosa Danelia Lopez	Macuelizo	60.00
115		Brenda Lemus	Macuelizo	60.00
116	24-jun	Olga Marina Mercado Caballero	Macuelizo	60.00
117		Nelly Suyapa Lopez	Macuelizo	60.00
118		Dania Aracely Mendez Aguilar	Macuelizo	60.00
119		Rosa Lidia Santos	Macuelizo	60.00
120		Neri Adila Peña	Macuelizo	60.00
121		Karla Patricia Rivera	Macuelizo	60.00
122		Maria Dilcia Murcia	Macuelizo	60.00
123		Ingris Liliana Espinoza	Macuelizo	60.00
124		Dinia Lopez Hernandez	Macuelizo	60.00
125		Fany Yanira Rivera	Macuelizo	60.00
126		Jacoba Ramos	Macuelizo	60.00
127		Cesia Linsay Gomez	Macuelizo	60.00
128		Maria Del Carmen Dubon	Macuelizo	60.00
129		Enma Del Carmen Maldonado	Macuelizo	60.00
130		Ana Melissa Flores	Macuelizo	60.00
131		Maria Eugenia Garcia	Macuelizo	60.00
132		Maria Cecilia Sorto Garcia	Macuelizo	60.00
133		Alexi Marina Martínez	Macuelizo	60.00
134		Maria Florinda Paz	Macuelizo	60.00
135		Xiomara Lizeth Maldonado	Macuelizo	60.00
136		Dunia Maribel Lopez Hernandez	Macuelizo	60.00
137		Marina Paola Alberto	Macuelizo	60.00
138		Elsa Marina Garcia Pascual	Macuelizo	60.00
139		Astrid Jackeline Aguilar	Macuelizo	60.00
140		Elsa Yaneth Rivera Martinez	Macuelizo	60.00
141		Itati Ivonne Mejia	Macuelizo	60.00
142		Maria Orbelina Guerra	Macuelizo	60.00
143		Elza Suyapa Chavez	Macuelizo	60.00
144		Tomasa Avila Zelaya	Macuelizo	60.00
145		Belkis Sarahi Mejia Barrera	Macuelizo	60.00
146		Catalina Gomez	Macuelizo	60.00
147		Irma Nohemi Maldonado	Macuelizo	60.00
148		Ingrid Nicoll Enamorado	Macuelizo	60.00
149		Elvira España	Macuelizo	60.00
150		Iris Danesi Videz	Macuelizo	60.00



+ (504) 2662-1413 2662-5861 2662-2445 Fax: + (504) 2662-5149
 Barrio El Calvario, una cuadra al norte del Hospital Regional de Occidente,
 Santa Rosa de Copán, Honduras, C.A.

151	Ingris Suyapa Guillen	Macuelizo	60.00
152	Sonia Elizabeth Escobar	Macuelizo	60.00
153	Estefany Patricia Urrutia Milla	Macuelizo	60.00
154	Victoria Mercado	Macuelizo	60.00
155	Patrocinia Guzman	Macuelizo	60.00
156	Cinthia Carolina Elvir Santos	Macuelizo	60.00
157	Edna Nohemi Membreño	Macuelizo	60.00
158	Heydi Yadira Almazan	Macuelizo	60.00
159	Ma Zulema Ortiz Hernandez	Macuelizo	60.00
160	Tania Mariela Ramirez Hernandez	Macuelizo	60.00
161	Heydi Paola Mejia Borjes	Macuelizo	60.00
162	Kendy Roxana Monge	Macuelizo	60.00
163	Maria Areli Tabora	Macuelizo	60.00
164	Bessy Yamileth Rivera	Macuelizo	60.00
165	Dilcia Alvarenga	Macuelizo	60.00
166	Alba Sarahi Campos	Macuelizo	60.00
167	Carmen Alicia Garcia	Macuelizo	60.00
168	Rosa Montufar	Macuelizo	60.00
169	Karen Alexandra Contreras	Macuelizo	60.00
170	Kleidi Marleni Acevedo	Macuelizo	60.00
171	Leticia Alvarado Vasquez	Macuelizo	60.00
172	Iris Oneida Funez	Macuelizo	60.00
173	Maria Ermelinda Escobar	Macuelizo	60.00
174	Bertha Alicia Escobar	Macuelizo	60.00
175	Maria Xiomara Torrez	Macuelizo	60.00
176	Odilia Yolanda Galvez Perez	Macuelizo	60.00
177	Maria Nohemy Lopez	Macuelizo	60.00
178	Digna Lara	Macuelizo	60.00
179	Santos Aracely Gonzales Lopez	Macuelizo	60.00
180	Katerin Anai Garcia	Macuelizo	60.00
181	Gloria Ondina Orellana	Macuelizo	60.00
182	Margarita Hernandez	Macuelizo	60.00
183	Ana Maribel Ramos Fajardo	Macuelizo	60.00
184	Olga Pineda Garcia	Macuelizo	60.00
185	Carmen Suyapa Robles	Macuelizo	60.00
186	Olga Maria Flores Hernandez	Macuelizo	60.00
187	Delmy Martinez Paz	Macuelizo	60.00
188	Lesvi Judith Bautista	Macuelizo	60.00
189	Heydy Yomary Perdomo	Macuelizo	60.00
190	Lurvin Anabel Arita Lopez	Macuelizo	60.00
191	Evelin Rosibel Escobar	Macuelizo	60.00
192	Rosa Elvia Melgar Tobar	Macuelizo	60.00
193	Claudia Carolina Lopez	Macuelizo	60.00
194	Anyi Norehy Delcid Castillo	Macuelizo	60.00
195	Elvira Elizabeth Urias	Macuelizo	60.00
TOTAL MES DE JUNIO 2024			L11,700.00


 Lic. Yamileth Hernández
 Laboratorio de Patología
 INSSA




 Lic. Dilcia Henríquez
 Administr-Contabilidad
 INSSA



+(504) 2662-1413 2662-5861 2662-2445
 Barrio El Calvario, una cuadra al norte del Hospital Regional de Occidente,
 Santa Rosa de Copán, Honduras, C.A.

CONTRATO DE SERVICIOS PROFESIONALES

Nosotros, **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA (MODELO DE SALUD DESCENTRALIZADA)** con Personería Jurídica N° 16139011360075, en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, representada por la licenciada **SUYAPA JACQUELINE TREJO CORDON**, mayor de edad, estado civil soltera, Hondureña, y residencia en el Municipio de Macuelizo, departamento de Santa Barbara, con identidad N° 0501-1969-05468, en su calidad de Alcaldesa de la municipalidad de Macuelizo, quien actúa en este acto como gestor del Modelo Descentralizada de Salud y que en adelante se denominara **"EL CONTRATANTE"** y **JOSE FELICIANO BAUTISTA GOMEZ**, Mayor de edad, estado civil casado, nacionalidad Hondureña, Lic. En Administración de Empresas y con residencia en Santa Rosa Departamento de Copán con identidad N° 0401-1975-01317, actuando en su condición de representante de **INVERSIONES SOLIDARIAS S.A. de C.V. (INSSA)** según protocolización N. 248 de la Acta No. 05 de la sesión No. 0401-16, con RTN número 04019007083261 y que en adelante se denominara **"EL CONTRATADO"** que en este acto hemos convenido celebrar el presente contrato de **SERVICIOS PROFESIONALES** bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERA: OBJETO DE CONTRATO SERVICIOS PROFESIONALES: la **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA (MODELO DE SALUD DESCENTRALIZADA)** requiere contratar los servicios de **INVERSIONES SOLIDARIAS S.A. de C.V. (INSSA)** para realizar la lectura de muestras de citología y biopsias de las **UNIDADES DE SALUD** de **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA (MODELO DESCENTRALIZADA DE SALUD)**.

SEGUNDA: COSTOS: El costo unitario por lectura de citología es de sesenta lempiras exactos (L.60.00) y el costo de las biopsias de cérvix L. 1,000.00 el cual está sujeto a la retención del Artículo N° 50 de la Ley del Impuesto sobre Renta correspondiente al 12.5%,

en el caso de que Inversiones Solidarias S.A. de C.V. (INSSA) no presente su comprobante de estar sujeto al régimen de pagos a cuenta. -

TERCERO: CONDICIONES: El contratado se compromete a ser oportuno en el envío de resultados, de 8 a 10 días hábiles después de recibidos en el laboratorio, tener una comunicación fluida con **MODELO DESCENTRALIZADA DE SALUD**, responsabilidad en los acuerdos y compromisos contraídos, garantizar el abastecimiento de material (lámina y documento que contiene los datos clínicos) para la obtención y lectura de las muestras y garantizar la calidad de los resultados de las muestras recibidas, siempre y cuando estas hayan sido bien obtenidas.-

CUARTA: CONFIDENCIALIDAD: El CONTRATADO está sujeto a un voto de confidencialidad y discreción con respecto a la toma de muestras y resultados de las mismas y por este acto exonera de todo tipo de responsabilidad a la **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA (MODELO DESCENTRALIZADA DE SALUD)** en el caso de violación a este voto de confidencialidad y discreción asumiendo directamente dicha responsabilidad por tales actos.

QUINTA: DURACIÓN DEL CONTRATO: la duración del contrato será de 12 meses, iniciando el día 02 del mes de Enero 2024 al 31 de Diciembre del dos mil 2024, el cual podrá ser prorrogado mediante notificación por escrito hecha al contratado.

SEXTA: FORMA DE PAGO: El pago será de manera mensual o según transferencia que reciba **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA (MODELO DESCENTRALIZADA DE SALUD)**, mediante el cual se deberá presentar un informe de los exámenes realizados de manera consolidada por municipio además de la correspondiente factura o recibo, dicho pago se hará en estricto apego a los procedimientos Administrativos y Contables de la **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA (MODELO DESCENTRALIZADA DE SALUD)** y de Inversiones Solidarias S.A. de C.V. (INSSA).

SEPTIMA: RESPONSABILIDAD PARA CON TERCEROS: El contratado responderá ante tercero por daños y perjuicios o reclamaciones de cualquier naturaleza originadas de este contrato cuando estas hayan sido ocasionadas por malas prácticas laborales dentro de sus funciones, en todo caso el contratado exonera por este acto a **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA (MODELO DESCENTRALIZADA DE SALUD)** de cualquier responsabilidad, acción legal y reclamaciones ocasionadas por terceros respondiendo este de forma directa, exceptuando aquellos casos en los cuales hayan procedimientos de toma de muestras de citologías no correctos, la lámina se encuentre en mal estado, exista una mala fijación de la muestra y una rotulación no adecuada, actividades realizadas por personas que son ajenas al contratado, en estos casos será responsabilidad del laboratorio o instancia que tome la muestra, ajena de Inversiones Solidarias S.A. de C.V. (INSSA). -

OCTAVA: NATURALEZA DEL CONTRATO: Dada la naturaleza del presente contrato por el cual se está requiriendo los servicios de laboratorio, es entendido que **INVERSIONES SOLIDARIAS S.A. de C.V. (INSSA)** responderá de forma directa en cuanto a derechos o reclamos hechos por sus empleados destinados a dar el servicio a la **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA (MODELO DESCENTRALIZADA DE SALUD)**, siempre y cuando los reclamos sean originados por el servicio de lectura de citologías proporcionado por el contratado.

NOVENA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: En caso de que el convenio suscrito por **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA (MODELO DESCENTRALIZADA DE SALUD)**, suscrito con la Secretaria de Salud sea rescindido total o parcialmente este contrato será disminuido, rescindido o suspendido de la misma forma, notificándosele al contratado con quince días de anticipación, así como cualesquiera de las partes podrán pedir la **resolución** de este contrato, en caso de incumplimiento de las obligaciones de alguna de ellas, todo en acuerdo a las disposiciones aplicables de las leyes de la República de Honduras; además en convenio entre las partes que si el empleador tras realizar una exhaustiva valoración del rendimiento del contratado y este puede probar un

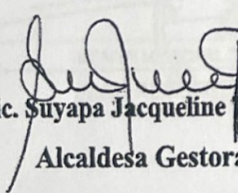
bajo rendimiento podrá dar por rescindido el contrato sin responsabilidad alguna; también se tomaran como causales para rescindir el presente contrato la no realización de las actividades asignadas de manera eficiente y responsable.

DECIMA: JURISDICCION LEGAL: De no lograrse acuerdo en los servicios de conciliación del Ministerio de trabajo, la controversia se solucionará por la vía judicial, acordando las partes que para los efectos legales o judiciales a que diere lugar este contrato, reconocen como domicilio la Ciudad de Santa Rosa, Municipio de Santa Rosa Departamento de Copán, quedando por lo tanto sometidos a la jurisdicción de la leyes, tribunales y autoridades de la República de Honduras y específicamente al juzgado de letras seccional.

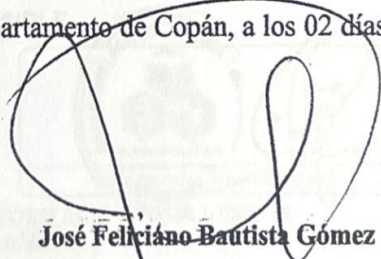
DECIMA PRIMERA: RENOVACION DE CONTRATO INDIVIDUAL: Este Contrato puede ser prorrogado entre las partes, previa reunión de la Junta Directiva la cual tomará la decisión de dar o no continuidad al Contratado según los resultados obtenidos mediante notificación hecha al contratado la cual se adjuntara a los anexos del presente contrato.-

DECIMA SEGUNDA: ACEPTACIÓN DE EL CONTRATO POR AMBAS PARTES:

Ambas partes Manifiestan que aceptan los pactos y convenios contenidos en las cláusulas del presente contrato obligándose a su estricto cumplimiento por lo que de conformidad firman el presente en la localidad de Santa Rosa, Departamento de Copán, a los 02 días del mes de Enero del año dos veinte y cuatro. -


Lic. Suyapa Jacqueline Trejo
Alcaldesa Gestora
Contratante




José Feliciano Bautista Gómez
Inversiones Solidarias S.A. de C.V.
Contratado

Municipalidad Santa Rosa
de Copán, Honduras, C.A.



CIUDAD
DE SANTA ROSA
DE COPÁN



MUNICIPALIDAD
SANTA ROSA DE COPÁN

LICENCIA PARA APERTURA Y RENOVACIÓN DE NEGOCIO

1276/24

POR ESTE MEDIO SE HACE CONSTAR QUE: EL PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO
A CONTINUACIÓN DETALLADO ESTÁ AUTORIZADO PARA OPERAR EL NEGOCIO.

NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

JOSE FELICIANO BAUTISTA GOMEZ

NOMBRE DEL NEGOCIO:

INVERSIONES SOLIDARIAS S.A INSSA

UBICACIÓN:

BARRIO EL CALVARIO

CLAVE CATASTRAL:

CL12-3E-20-01

TIPO DE ACTIVIDAD:

Laboratorios médicos, dentales, oftalmológicos y o

FECHA DE VENCIMIENTO:

31 de Diciembre del 2024

SANTA ROSA DE COPÁN,

1

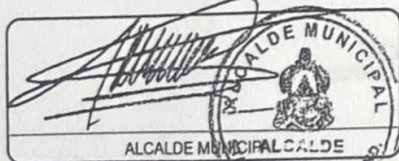
DE

FEBRERO

DEL 20

2024

COLOCAR EN SITIO VISIBLE



ALCALDE MUNICIPAL



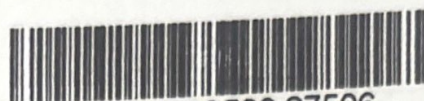
JEFE DE CONTROL TRIBUTARIO

LA PRESENTE LICENCIA NO INCLUYE AUTORIZACIÓN PARA VENDER
BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Escaneado con CamScanner



CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA



201-24-10500-27506

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV**
Con Registro Tributario Nacional: **04019007083261**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-27506 en fecha 02/05/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25410023895 de fecha 02/05/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

- ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.
- ETAX: NO existen Registros de Deudas.
- ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202301, según Declaración 35742594124, presentada el 25/07/2023.

La presente Constancia vence el 31/07/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL



(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección <http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx>, ingresando el número **201-24-10500-27506** o mediante el siguiente código QR:





REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
SUB SECRETARÍA DE REGULACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO

SECRETARÍA DE SALUD



LICENCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS

RD	NM	TE	CÓDIGO	MES/AÑO
04	01	ES05	1921	02/2019

OTORGADA A:
LABORATORIO PATOLOGICO.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO
LABORATORIOS DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA.

SERVICIOS QUE BRINDAN:
ANALISIS DE PATOLOGIA.

REPRESENTANTE LEGAL:
JOSE FELICIANO BAUTISTA GOMEZ/ INVERSIONES SOLIDARIAS S.A. DE C.V. (INSSA)

UBICADO EN:
BARRIO EL CALVARIO, UNA CUADRA ABAJO DEL HOSPITAL DE OCCIDENTE, DE LA CIUDAD DE SANTA ROSA, DEPARTAMENTO DE COPAN

FECHA DE EMISION:
24/02/2021
VÁLIDA HASTA EL:
07/02/2025



Firma de la autoridad responsable

*FUNDAMENTO LEGAL: Artículo 80 de la Constitución de la República, 60, 61, 62, 63, 64, 65 y 66 de la Ley de Procedimiento Administrativo, 221, 223, 224 del Código de Salud.
SERIE No.: 990238 No. RC: 226025

FOR-059 V-3



Constancia de Solvencia Fiscal

La DIRECCIÓN DEPARTAMENTAL DE COPÁN en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV**
con Registro Tributario Nacional: **04019007083261**

Habiendo presentado la solicitud electrónica en fecha 16/07/2024 y boletín de pago por el monto de L200.00 mediante el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisar en el Sistema de Información Integrado del Servicio de Administración de Rentas se establece:

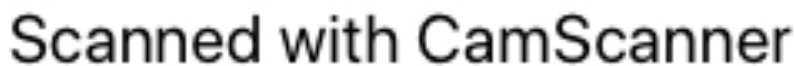
OTORGAR la CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene vigencia hasta el 14/08/2024, la misma no aplica para lo establecido en el Artículo 18, párrafo tercero; Decreto 113-2011.

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.



HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA





MACUELIZO, SANTA
BARBARA
EJERCICIO: 2024
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 17/07/2024
Hora : 11:30 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9992

L.: 4,180.05

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 8110

Fecha de Emisión: 17/7/2024

No.Cheque/Nota de Debito: 8206

Id/RTN: 16019002439731

Paguese a: HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN

La Cantidad en Letras: CUATRO MIL CIENTO OCHENTA CON CINCO CENTAVOS

Descripción:

Pago por Alimentación (23 Almuerzos y 23 refrescos) por Jornada de trabajo de Técnicos de la Academia Cursos Técnicos que realizaron mantenimiento Preventivo de Unidades de Aires Acondicionados en los Establecimientos de salud de Macuelizo, Sula, Ciruelo, Flecha, Libertad y Rosario sin ningún cobro por el servicio prestado

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 31110 14-012-01	Productos Alimenticios y Bebidas	4,180.05

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

CODIGO	RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	4,180.05
	Monto Total:	4,180.05

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	4,180.05
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	4,180.05

Firma y Sello de Presupuestario



Firma y Sello de Alcaldesa



Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:

Identidad No.:

0s+js/j9JmexcG081jffMlvITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOwDleqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=





SECRETARIA DE SALUD
REGION DE SALUD N.16 SANTA BARBARA
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD



PROGRAMACION DE MANTENIMIENTO DE EQUIPO DE OFICINA

Gobierno de la República

ITEM	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	AREA DE UBICACIÓN								TOTAL	OBSERVACION
		PAI	Farmacia	Odontologia	Laboratorio Clinico	Consultorio Medico	Sala de Espera	Bodega de Medicamentos	Oficina		
1	Macuelizo	1	1	1	-	-	-	-	-	3	
2	Sula	1	1	1	1	-	-	-	-	4	
3	Casa Quemada	1	-	-	-	-	-	1	-	2	
4	Ciruelo	-	1	-	-	1	-	-	-	2	
5	Libertad	1	-	-	-	-	-	1	-	2	
6	Rosario	1	1	-	-	-	-	-	-	2	
7	Flecha	1	-	1	-	1	1	1	-	5	Area de Bodega de Medicamentos es Instalacion
8	Equipo Tecnico Coordinador	1	-	-	-	-	-	-	1	2	
TOTAL										22	

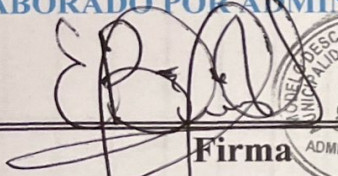
DISTRIBUCION DEL TRABAJO

DIA	FECHA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PERSONAS ASIGNADAS	Nº DE UNIDADES DE A/C	OBSERVACION
Sabado	25 de Mayo 2024	Flecha	Erick Sady Vallecillo Tabora	4	1 Instalacion en Area de Bodega de Medicamentos
			Nelson Josue Hernandez		
			David Andres Peña		
			Dennis Enrique Peña		
		Ciruelo	Mario Orlando Molina	2	
			Jacson Fabricio Castillo Romero		
			Jasson Josue Lainez Cruz		
			Juan David Gomez		
		Macuelizo	Mairo Barrera Garcia	3	
			Gonzalo Arriaga Orellana		
			Ivis Armando Romero Bautista		
Sabado	01 de Junio 2024	Rosario	Erick Sady Vallecillo Tabora	2	
			Nelson Josue Hernandez		
			David Andres Peña		
			Dennis Enrique Peña		
		Libertad	Mairo Barrera Garcia	2	
			Gonzalo Arriaga Orellana		
			Ivis Armando Romero Bautista		
		Sula	Mario Orlando Molina	4	
			Jacson Fabricio Castillo Romero		
			Jasson Josue Lainez Cruz		
			Juan David Gomez		

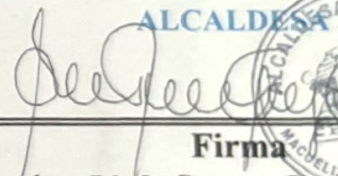
DIA	FECHA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PERSONAS ASIGNADAS	Nº DE UNIDADES DE A/C	OBSERVACION
Sabado	08 de Junio 2024	Casa Quemada	Erick Sady Vallecillo Tabora	2	
			Nelson Josue Hernandez		
			David Andres Peña		
			Mairo Barrera Garcia		
			Dennis Enrique Peña		
		Flecha	Erick Sady Vallecillo Tabora	1	1 Instalacion
			Nelson Josue Hernandez		
			David Andres Peña		
			Dennis Enrique Peña		
		Oficina Macuelizo	Mario Orlando Molina	2	
			Jacson Fabricio Castillo Romero		
			Gonzalo Arriaga Orellana		
			Ivis Armando Romero Bautista		
			Jasson Josue Lainez Cruz		
			Juan David Gomez		

Nota: Estara presente el Lic. Jairo Madrid / Instructor Carlos Rapalo

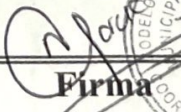
ELABORADO POR ADMINISTRACION


Firma
 Nombre: Licda. Edenia Beatriz Romero

AUTORIZADO POR GESTORA / ALCALDESA


Firma
 Nombre: Licda. Suyapa Jacqueline Trejo Cordon

SUPERVISADO POR COORDINACION


Firma
 Nombre: Lic. Ever Alexander Garcia

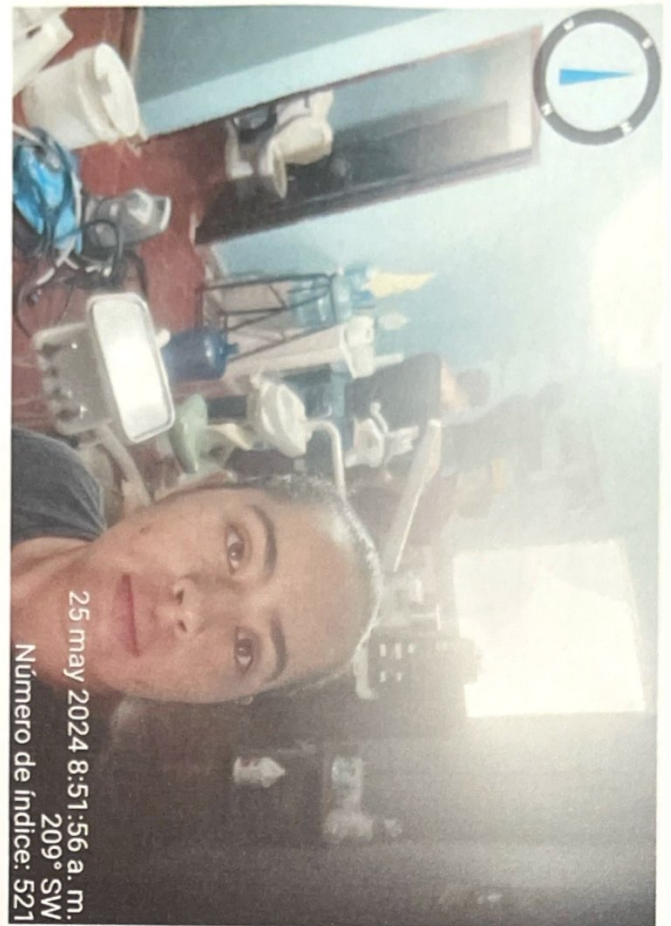
LISTADO DE ASISTENCIA.

ACTIVIDAD: MANTENIMIENTO UNIDADES DE AIRE ACONDICIONADO.

RESPONSABLES: _____

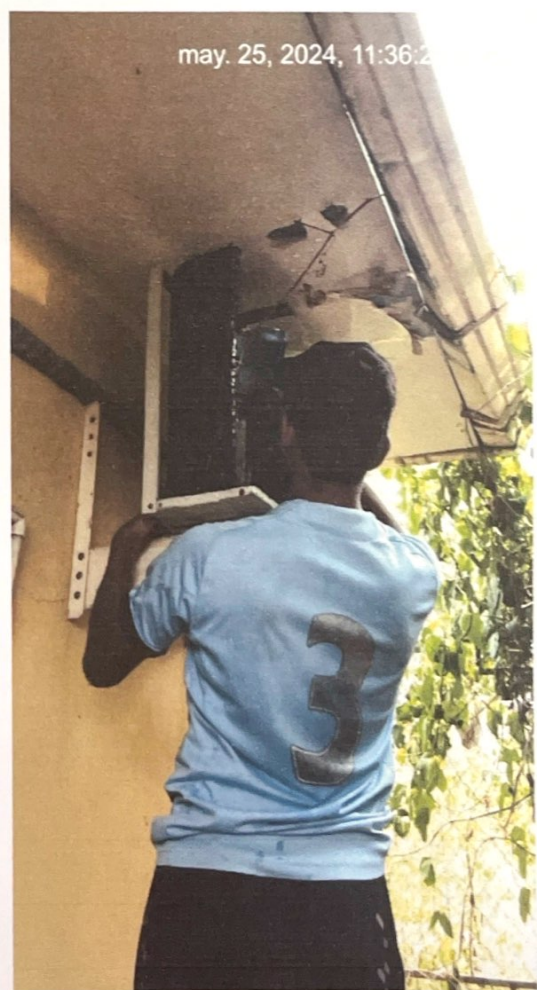
FECHA: 25/05/2024

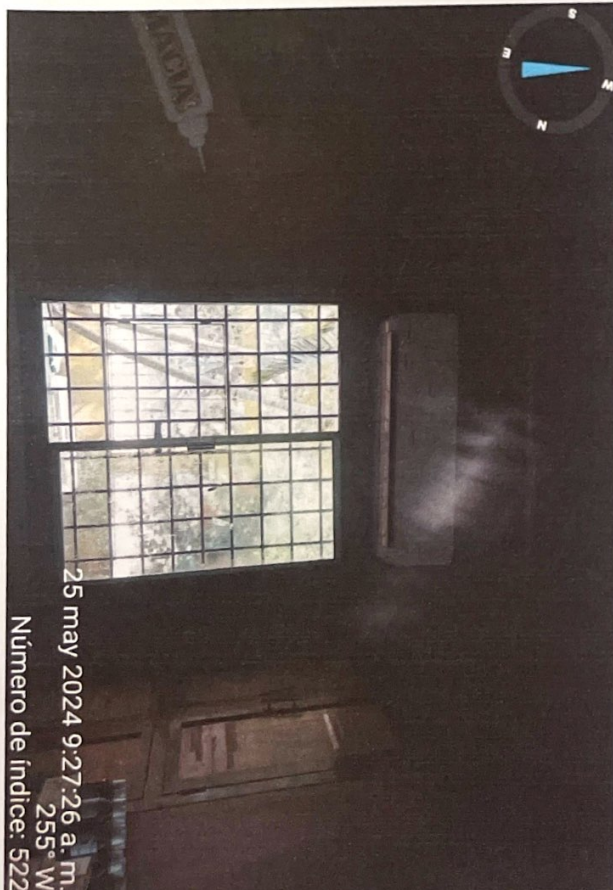
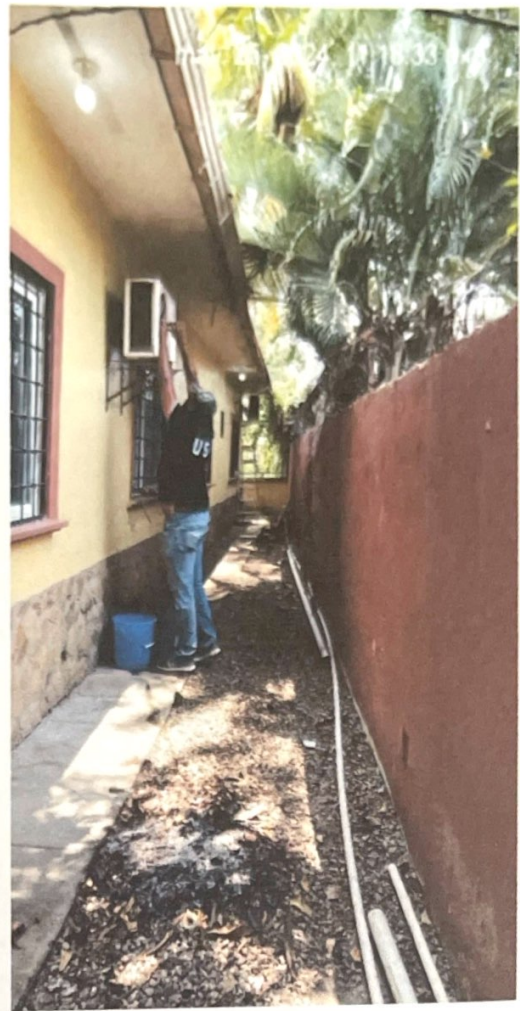
N°	Nombre	N. Identidad	Cargo	Lugar	Firma
1	Maiton Barrera	1618-1998-01972	Alumno	La Flecha	Maiton B.
2	Can Zule Arriaga Arriaga	1673-2000-02360	Alumna	ocotal	Can Zule
3	Luis Armando Romero	16012000-00298	Alumna	La Flecha	Luis A.
4	Sacson Castillo R	1618-2003-00035	Alumna	Quimistan	Sacson
5	Juan David Gomez	1621-2007-00025	Alumna	San Marcos	Juan D.
6	Mario Orlando Molina	1618-1985-00059	Alumno	Quimistan	Mario O.
7	Carlos Miguel Ropalo	1606-1989-00534	Instructor	Quimistan	Carlos M.
8	David Andres Peña	1621-00700-00264	Alumno	San Marcos	David A.
9	Frick Vollecillo	0501-1991-11580	Alumna	Quimistan	Frick V.
10	Dennis Enrique Peña	0501-11321-2001	Alumna	San Marcos	Dennis P.
11	Ma Alejandra Mejia	1401-1969-00053	Farmacéutica	Macuelizo	Ma A.
12	Elizabeth Guzmán Villalba	0416-1967-00037	Promoción	Macuelizo	Elizabeth
13	Franj Vázquez Zelaya	1613-2000-00063	Farmacéutica	La Flecha	Franj V.
14	German Lopez	1613-1962-00701	Motorista	Macuelizo	German L.
15	Jairo Isai Madrid	1613-1982-00403	Director	Vainillas	Jairo I.
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					









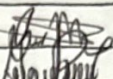
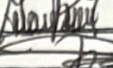
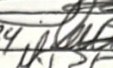
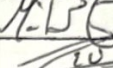
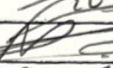
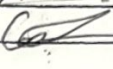
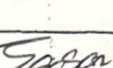
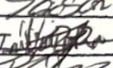
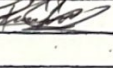
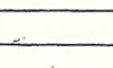
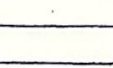


LISTADO DE ASISTENCIA

Actividad mantenimiento de aires Lugar sala Libertad-Rosario

Fecha 01/6/24

Responsable German Lopez

No	Nombre Completo	Cargo	Lugar	No. De Identidad	Firma
1	Nubia Rosmy Rodas	Farmacista	Libertad	1613-2002-00276	
2	German Lopez	Motorista	Macuelizo	1613-1962-00701	
3	Juan David Gomez		San Marcos	1613-2006-00035	
4	Carlos Miguel Rapalo	Instructor	Quimistan GB	1606-1989-00534	
5	Matron Parra		La Flecha	1618-1998-0072	
6	Iris Romero		La Flecha	1601/2000/00248	
7	Mario Molina		Quimistan	1618-1985-00359	
8	Carlos Arias		Gratful	1613-2000-00276	
9	Nelson Hernandez		Quimistan	1618-1997-01132	
10	Socor Castellon		Quimistan	1618-2003-00035	
11	Indi Vanessa Pineda		Rosario	1613-2000-00272	
12	Blanca Patricia Garcia		Rosario	1613-2000-00183	
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					

Listado de Asistencia

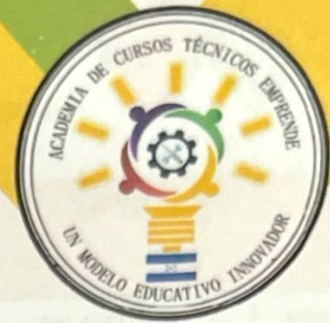
Motivo: Limpieza Aires Acondicionados
CIS SJA Macuelizo S.B

Fecha: 01/06/2024

[illegible]



12 de junio 2024



ACADEMIA CURSOS TECNICOS EMPRENDE

UN MODELO EDUCATIVO INNOVADOR

INFORME DE MANTENIMIENTO DE AIRES FRIOS

I. INFORMACION GENERAL:

UBICACIÓN DE LA ACADEMIA: Bo. EL CENTRO, QUIMISTAN, SANTA BARBARA

SEDE: INSTALACIONES RENTADAS

FUNDADOR Y DIRECTOR GENERAL DE LA ACADEMIA: LIC. JAIRO MADRID

COORDINADOR DEL SECTOR: MAREL ROGEL

INSTRUCTOR: TECNICO CARLOS RAPALO

ALUMNOS:

1. GONZALO ARRIAGA ORELLANA
2. IVIS ARMANDO ROMERO BAUTISTA
3. DAVID ANDRES PEÑA
4. DENNIS ENRIQUE PEÑA AGUILAR
5. JASSON JOSUE LAINES CRUZ
6. MARIO ORLANDO MOLINA GAMEZ
7. JUAN DAVID GOMEZ
8. JACSON FABRICIO CASTILLO ROMERO
9. NELSON JOSUE HERNANDEZ
10. MARIO BARRERA GARCIA
11. ERICK SADY VALLECILLO TABORA



IV. AVANCE DEL PROYECTO DE MANTENIMIENTO SEGÚN PROGRAMACION:

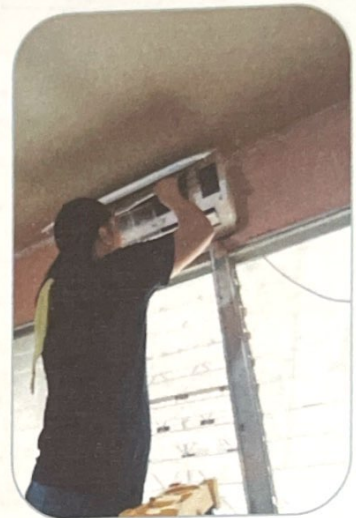
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CANTIDAD APARATOS	TIPO	HALLAZGOS	NIVEL DE REFRIGERANTE	AREAS	STATUS
MACUELIZO	3	MANTENIMIENTO Y CHEQUEO DE REFRIGERANTE	SUCIEDAD	20 A 30%	PAI, FARMACIA, ODONTOLOGIA	FINALIZADO
CIRUELO	2	MANTENIMIENTO Y CHEQUEO DE REFRIGERANTE	SUCIEDAD	20 A 30%	FARMACIA, CONSULTORIO MEDICO	FINALIZADO
FLECHA	4	MANTENIMIENTO Y CHEQUEO DE REFRIGERANTE	SUCIEDAD	20 A 30%	PAI, ODONTOLOGIA, CONSULTORIO MEDICO, SALA DE ESPERA	FINALIZADO
SULA	4	MANTENIMIENTO Y CHEQUEO DE REFRIGERANTE	SUCIEDAD	20 A 30%	PAI, FARMACIA, ODONTOLOGIA, LABORATORIO CLINICO,	FINALIZADO
LA LIBERTAD	2	MANTENIMIENTO Y CHEQUEO DE REFRIGERANTE	SUCIEDAD	20 A 30%	PAI, BODEGA MEDICAMENTO	FINALIZADO
EL ROSARIO	2	MANTENIMIENTO Y CHEQUEO DE REFRIGERANTE	SUCIEDAD	20 A 30%	PAI, FARMACIA	FINALIZADO



V. EVIDENCIA FOTOGRAFICA:

SERVICIO SOCIAL FINALIZADO DE LAS UNIDADES DE SALUD DE LA MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO.





HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, S. de R. L.

FRENTE CARRETERA INTERNACIONAL KM. 72 # 21, ALDEA SULA, MACUELIZO
SANTA BARBARA, TEL: 2664-1157, TELEFAX: (504) 2664-1158 / 2657-4157 / 2657-4158
CONTIGUO A LA COOPERATIVA OCOTEPEQUE.
www.hotelsulainnhn.com * hotelsulainn@yahoo.com.mx

R. T. N. 16019002439731

FACTURA 000-001-01-00 **Nº 113565**

Fecha: 2 de Julio del 20 24

Cliente: Alcaldia de Macuelizo

R. T. N. 1613 9011 36 00 75

Dirección: _____

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNIT.	TOTAL
15	Almuerzos 25/05/24	145.00	2175.00
15	Refrescos	15.00	225.00
8	Almuerzos	145.00	1160.00
8	Refrescos	15.00	120.00

CONTADO ☐ CRÉDITO ☐

La Factura es Beneficio de Todos, "Exijala"

CAI: FD0871-3FC8F2-3147B4-

0973DB-4BA767-0E

Fecha de Recepción:
30/05/2024

Fecha Límite de Emisión:

30/05/2025

Rango Autorizado:

000-001-01-00112601

000-001-01-00115100

SUB-TOTAL L.

Importe Exonerado L.

Importe Exento L.

Importe Gravado 15 % L.

Importe Gravado 18 % L.

Descuentos y Rebajas L.

4% Turismo L.

I. S. V. 15 % L.

I. S. V. 18 % L.

ORIGINAL: CLIENTE

DUPLICADO AZUL: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

TOTAL A PAGAR L.

Son:

Cuatro mil Ciento Ochenta
05/100

IMPRESA SIGRA SISTEMAS GRAFICOS, L.E.C, TEL. 2661-2349 // 9992-6949 //
2661-3949, R.T.N. 04011974008267, CERTIFICADO Nº 9231-22-10500-111

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

Nº. CORRELATIVO DE ORDEN DE COMPRA EXENTA

Nº. CONSTANCIA DE REGISTRO DE EXONERADO

Nº. DE REGISTRO DE LA SAG.

Emisor

RTN
16019002439731Nombre completo o Razón social
HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADATeléfono
2657-4157Nombre comercial
HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADAEmail
hotelsulainn@yahoo.com.mxDirección casa matriz
ALDEA SULA OCCIDENTE CASA: S/N EDIFICIO: APARTAMENTO: ZONA_POSTAL: REFERENCIA: CONTIGUO A LA
COOPERATIVA OCOTEPEQUE SANTA BÁRBARA MACUELIZODirección establecimiento
- REFERENCIA DEL DOMICILIO: ALDEA SULA OCCIDENTE NO. SN

Documento

N° documento

000-001-01-00113565

Estado documento

Activo

CAI

FD0871-3FC8F2-3147B4-0973DB-4BA767-0E

Tipo de documento
FacturaModalidad
ImprentaFecha límite emisión
30/05/2025Rango autorizado
000-001-01-00112601 / 000-001-01-00115100

Imprenta

Nombre comercial
IMPRESA SIGRA, SISTEMAS GRAFICOSRTN
04011974008267Certificado
04011974008267-000-1



República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 17/05/2019

RTN: 16019002439731

HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☒	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.



Ministra Directora



SAR

El Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 3198593

Transacción: D1EFE9



MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

Depto. de Santa Bárbara

RTN: 16139011360075

Tel/Fax. (504) 9833-3030



PERMISO

No: 499/2024

Propietario: RESTAURANTE SULA INN

RTN: 16019002439731

Residencia: SULA, MACUELIZO, SANTA BARBARA

Clase de Negocio: RESTAURANTE

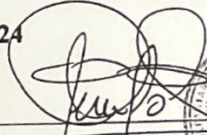
Extendido en Macuelizo, Santa Bárbara, a los 30 días

Del mes de ENERO del 2024

VALIDO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024


TESORERÍA MUNICIPAL
TESORERÍA S.B.


UNIDAD DE CONTROL TRIBUTARIO
JEFE DE CONTROL TRIBUTARIO


DIRECTOR DE JUSTICIA
MUNICIPAL



ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT

Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00008206

MACUELIZO

18 de julio de 2024

Lugar y Fecha

HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN

4,180.05

L

Páguese a la orden de

CUATRO MIL CIENTO OCHENTA CON CINCO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Firma (s)

1001150000090000250300008206

CONCEPTO DEL PAGO

go por Alimentación (23 Almuerzos y 23 refrescos) por Jornada de trabajo de Técnicos de la Academia Cursos Técnicos realizaron mantenimiento Preventivo de Unidades de Aires Acondicionados en los Establecimientos de salud de Macuelizo, Santa C Flecha, Libertad y Rosario sin ningún cobro por el servicio prestado

PAGO DE Pago por Alimentación (23 Almuerzos y 23 refrescos) por Jornada de

4,180.05

CUENTA Y
SUB-CUENTA

CONCEPTO

PARCIAL

DEBE

HABER

Academia Cursos, realizaron mantenimiento Preventivo de Unidades de Aires Acondicionados en los Establecimientos de salud de Macuelizo, Sula, Ciruelo, Flecha, Libertad y Rosario sin ningún cobro por el servicio prestado

CHEQUE No. 00008206

BALANCE



AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME



Honduras, C.A.

MACUELIZO, SANTA
BARBARA
EJERCICIO: 2024
Orden de Pago
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 17/07/2024
Hora : 11:31 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9993

L.: 3,900.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 8112

Fecha de Emisión: 17/7/2024

No. Cheque/Nota de Débito: 8207

Pague a: HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA

Id/RTN: 16181987011217

La Cantidad en Letras: TRES MIL NOVECIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Mantenimiento preventivo y correctivo realizado a vehículo asignado a Salud: NISSAN FRONTIER Placa No.HAE9279, color gris (Cambio de Balinera de rueda NP300 y mano de obra mecánico)

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 23200 14-012-01	Mantenimiento y Reparación de Equipos y Medios de Transporte	3,900.00

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	3,900.00
Monto Total:		3,900.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	3,900.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	3,900.00

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesorería:

Firma y Sello de Alcaldesa:

Recibido por: X Henry M. Alvarado
Identidad No.: X 161819870121

0s+js/j9JmexcG081jfmIvylTtoXrFshkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQdGrqYG30Xh/m+scvnmOnR51tAIOwDleqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=



Gobierno de la República



**MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA**

municipalidaddemacuelizo@yahoo.com

Telefono-9833-3030

REPORTE DE VEHICULO

Reporte N° _____

Fecha y Hora: 4/7/24 - 8:40am

Encargado: German Lopez Cargo: motorista

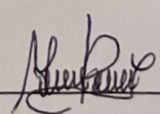
Tipo de Vehículo: Carro

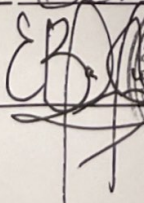
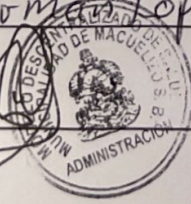
Marca de Vehículo: Nissan

Número de Placa: HAE 9279 Kilometraje: 153233

Parte averiada: Revision de valineras

Sugerencias para su arreglo: lo escrito arriba

Nombre y Firma de quien reporta: German Lopez 

Firma y Sello de quien Recibe:  

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

AUTORIZACION

Fecha: 04/Julio/2024

Tipo de Equipo: Vehículo

Marca del Equipo: Nissan Frontier

Número de Inventario o placa: HAE9279

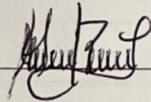
Si es Vehículo agregar Kilometraje: 153,233 KMS

Departamento asignado: Motorista Municipal

Tipo de reparación o Mantenimiento Solicitado:

- Revisión de valineras

Nombre del Responsable del Equipo: German Ramon López con N° DNI 1613-1962-00701

Firma del Responsable del Equipo: 

Taller donde se llevó a cabo la reparación: Taller Miguelito

Nombre del Propietario / Mecánico: Henry Miguel Alvarado Pineda

Firma y Sello del Proveedor:



Firma y Sello de Autorización:


Licda. Edenia Romero
Administradora GDSS







Documento fiscal válido

Emisor

RTN

16181987011217

Nombre completo o Razón social

HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA

Teléfono

2658-7122

Email

autoserviciosmiguelito_azacualpa@hotmail.com

Dirección casa matriz

COLONIA BELLA VISTA PRINCIPAL CASA: NA EDIFICIO: APARTAMENTO: ZONA_POSTAL: REFERENCIA:
DOMICILIO PROPIO, CONTIGUO A PULPERIA BELLA VISTA SANTA BÁRBARA AZACUALPA

Dirección establecimiento

- REFERENCIA DEL DOMICILIO: COLONIA BELLA VISTA PRINCIPAL NO. NA

Documento

Nº documento

000-001-01-00032856

Estado documento

Activo

CAI

D08A9A-AEC84C-64498F-D5E73A-6CD139-08

Tipo de documento

Factura

Modalidad

Imprenta

Fecha límite emisión

06/11/2024

Rango autorizado

000-001-01-00030401 / 000-001-01-00032900

Imprenta

Nombre comercial

IMPRENTA SIGRA, SISTEMAS GRAFICOS

RTN

04011974008267

Certificado

04011974008267-000-1



República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 30/10/2018

RTN: 16181987011217

HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA

Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☒	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.


Ministra Directora



SAR

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 3045704

Transacción: CC55FE



Constancia de Pagos a Cuenta

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA**
con Registro Tributario Nacional: **16181987011217**

Habiendo presentado la solicitud electrónica en fecha 10/07/2024 y boletín de pago por el monto de L200.00 mediante el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisar en el Sistema de Información Integrado del Servicio de Administración de Rentas se establece:

OTORGAR al solicitante la presente CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA.

La presente Constancia tiene vigencia hasta el 30/09/2024.

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.



HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

www.sar.gob.hn

Edificio Cuerpo Bajo "A" Centro Cívico Gubernamental José Cecilio del Valle, bulevar Juan Pablo II, Diagonal República de Corea,
Teléfono (504)-2216-5800, Tegucigalpa M.D.C., Honduras C.A.

Página 1 de 1



Tel: 2658-7103
2658-7439

MUNICIPALIDAD DE AZACUALPA

DEPARTAMENTO DE SANTA BARBARA HONDURAS C. A.

PERMISO DE OPERACION DE NEGOCIO



CODIGO CATASTRAL	16	04	01	DP223V	11	0005
	DEPTO.	MUNICIP.	ALDEA	MAPA	BLOQUE	PREDIO

REGISTRO N°
1190-2023

NOMBRE DEL NEGOCIO: AUTOSERVICIO MIGUELITO

PROPIETARIO (REPRESENTANTE): HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA

IDENTIDAD (RTN): 1618-1987-011217

UBICACION: BARRIO EL AGUALOTE

ACTIVIDAD ECONOMICA: COMERCIO (VENTA DE REPUESTOS)

CODIGO N°
111.113.25

Conforme Art. 110 de la Ley de Municipalidades para la Apertura y Operación de Establecimientos Comerciales en el Municipio de Azacualpa, Santa Barbará Concede Permiso DIRECTOR MUNICIPAL DE JUSTICIA Y JEFE DE CONTROL TRIBUTARIO

ESTE PERMISO DEBERA SER COLOCADO EN UN LUGAR VISIBLE DENTRO DEL NEGOCIO

ESTARA VIGENTE HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2024

AZACUALPA SANTA BARBARA a los 22 Días del mes de ENERO DEL AÑO 2024


KEVIN MARTINEZ
DIRECTOR MUNICIPAL DE JUSTICIA
CEL.96820506




SANTOS ACOSTA
JEFE INTERINO DE CONTROL TRIBUTARIO
CEL.98873943



CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES
El suscrito, HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Henry Miguel Alvarado P

Ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2024 por lo que se le extiende esta Constancia de Pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

Nº 979458

Azacualpa S.B. Fecha:

22-10-24

VALIDO HASTA:

31 DE DICIEMBRE DEL 20 24



Medardo Rosa Pineda

Alcalde: Sello autorizado

Municipalidad de Azacualpa S.B.





ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT

Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00008207

18 de julio de 2024

MACUELIZO

Lugar y Fecha

HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA

3,900.00

Páguese a la orden de

TRES MIL NOVECIENTOS CON CERO CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras



Banco del País, S.A.

Firma (s)

10011500001090000250300008207

CONCEPTO DEL PAGO

Mantenimiento preventivo y correctivo realizado a vehículo asignado a Salud: NISSAN FRONTIER Placa No. 11AE97 gris (Cambio de Balinera de rueda NP300 y mano de obra mecánico)

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	PAGO DE Mantenimiento preventivo y correctivo realizado a vehículo asignado a Salud: NISSAN FRONTIER Placa No. 11AE97 gris (Cambio de Balinera de rueda NP300 y mano de obra mecánico)			3,900.00

CHEQUE No. 00008207

BALANCE

AUTORIZADO

RECIBI CONFORME

1618498701

