



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Lamaní, Depto. De Comayagua.

01 de julio de 2024

Solicitud de Pago

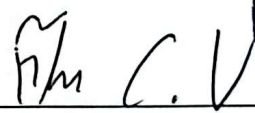
Estimado.
Flavio Varela

Saludándole cordialmente y deseándole éxitos en sus funciones diarias.

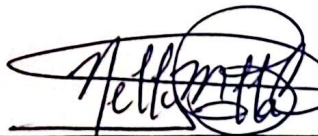
Por este medio me dirijo a usted muy respetuosamente para solicitar el reembolso a **Nelly María Bonilla** por la cantidad de **L. 1,191.00**, gastos que fueron incurridos por la compra de alimentación para 6 empleados municipales que asistieron a la reunión de trabajo para Evaluación de Presupuesto Año 2024 que se llevó a cabo el día 21 de junio en las Instalaciones de MANSUCOPA, ubicada en La Paz.


Merly Karina David
Encargada de RRHH




Flavio Varela
Encargado de Caja Chica




Nelly María Bonilla Velásquez
Alcaldesa Municipal



Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.

E-Mail: municipalidadlamanil@gmail.com

COMEDOR Y ANTOJITOS

Prop. Grisel Libeth Martínez RTN: 12011987004432

Bº San José, La Paz, La Paz, Honduras. C.A.

Cel. 2774-2129 / 3231-2333 / E-mail: cristel8889@gmail.com

CAI: 3F69AC-DBCC5A-DA4083-5D2901-3CEAD5-5A

Fecha: 21 de 6 del 2024 RTN: 03079003030828

Cliente: Alcaldía Municipal de Lamani

Dirección: Lamani comayagua

Datos del Adquiriente Exonerado	Nº Correlativo de Orden de Compra Exenta:	Nº Correlativo de Constancia del Registro Exonerados:	Nº Identificado del Registro de la SAG:

[illegible]

Original: Cliente
Copia: Obligado Tributario Emisor

Cantidad en Letras:

FACTURA N°

000-001-01-000026a1

	1191	00
Impo. Exonerado L.		
Impo. Exento L.		
Impo. Gravado 15% L.	1035	65
Impo. Gravado 18% L.		
15% I.S.V. L.	155	35
18% I.S.V. L.		
4% I.S. Turismo L.		
Total a Pagar L.	1191	00

La factura es beneficio de todos exijala.

Rango Autorizado: 000-001-01-00002751 / 000-001-01-00002900 / Fecha Limite de Emisión 28/02/2025



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002





M A N S U C O P A

Mancomunidad de Municipios del Suroeste del Valle de Comayagua y La Paz

LEJAMANI – AJUTERIQUE – VILLA DE SAN ANTONIO – LAMANI – SAN SEBASTIAN – HUMUYA – CANE – LA PAZ – LEPATERIQUE

La Paz, La Paz 20 de junio de 2024

Para: Personal Técnico de la Municipalidad de Lamani

Reciba un cordial saludo y los mejores deseos de éxitos en las funciones que a diario realizan.

El motivo de la presente es para invitarles a una jornada de trabajo que tendrá como propósito la “Evaluación de Ejecución del Presupuesto año 2024”

Así mismo el objetivo de la misma es, fortalecer las capacidades de los participantes para impulsar y facilitar procesos de planificación estratégica a nivel municipal.

Lugar: Salón de sesiones de la MANSUCOPA

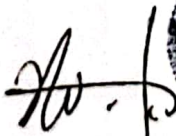
Fecha: 21 de junio 2024

Hora: 8:00am a 4:00pm

Nota: Los gastos de transporte y alimentación correrán por cuenta de la Municipalidad.

Agradeciendo de antemano su valiosa participación.

Sin otro particular me despido.



Nahum Ortega Trochez
Director Ejecutivo de MANSUCOPA



MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS DEL SUROESTE DEL VALLE DE COMAYAGUA Y LA PAZ
MANSUCOPA



NOMBRE DEL EVENTO: Evaluación de Ejecución del Presupuesto

LUGAR: MANSUCOPA

FECHA: 21 junio 2024

NO.	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIDAD	CARGO	MUNICIPIO	TELEFONO	FIRMA
1.	Merly Karina David Cuevas	0307-1443-00130	Administración	Lamaní	9654-9864	
2.	Flor de M ^g Pascual	0319198400162	Proyectos	Lamaní	32950079	
3.	Celeste Arida Sanchez	0307177600008	O.M.M	Lamaní	88705407	
4.	Jenny Milagro Moreno	0307198600028	Presupuesto	Lamaní	04880306	
5.	Ana Bessy Moreno Alvarado	0307149100135	Contador	Lamaní	96353701	
6.	Carlos Enrique Alvarado	0801-1986-09111	Tesorero	Lamaní	31705016	
7.	Nelly Maria Bonilla	0307199100025	Alcalde	Lamaní	95107853	
8.	Nahum Area Trujillo	03191601611	Director	MANSUCOPA	9727026	
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						



Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanialcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° 01645

RECIBO POR LPS. 1,191.00

YO Comedor y Antojitos

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 12011987004432

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 1,191.00

EN LETRAS mil ciento noventa y uno Lempres

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: Compra de alimentación para 6 empleados
municipales que asistieron reunion de trabajo para evolucion
de presupuesto año 2024 que se realizo en las
instalaciones de Mansucopa ubicado en la paz.

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 03 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

Carlos DISCUA

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamaní
Departamento de Comayagua
Tel: 2777-2002

SOLICITUD DE CAJA CHICA

Departamento: Oficina Municipal de la Mujer

Fecha: 05 de julio de 2,024.

Proyecto: Ayuda Social

Reciba un extensivo saludo deseándole éxitos en sus labores diarias y muchas bendiciones en tan delicadas funciones.

Por este medio le **SOLICITO**: muy respetuosamente, se le efectué el pago por L. 946.00 a nombre de **INVERSIONES TECNOLOGICAS DE LABORATORIO S.A DE C.V.**, por concepto de realizarle varios exámenes a la Señora María del Carmen Medina, con DNI. 1202-1961-00069, examen que le recetaron en el Centro de salud por estar mal.

Nota: Adjunto documentación requerida de la persona.

Gracias por la atención a la presente me suscribo de usted.

Muy atentamente,

Nelly María Bonilla
Alcaldesa Municipal



Ing. Carlos E. Alvarado
Tesorero Municipal

SOLICITUD

Lamaní, Comayagua 24 de junio 2024

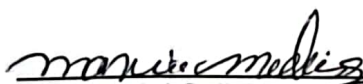
Sr. Nelly María Velázquez
Alcaldesa Municipal
Lamaní Comayagua
Su oficina.

Reciba un cordial saludo de mi parte, deseándole el mayor de los éxitos en sus labores a usted encomendadas.

Yo, María del Carmen Medina, con identidad número 1202-1961-00069, vecina de la aldea Pepineros, de este municipio por medio de la presente le **solicito**: muy respetuosamente, me ayudé económicamente para hacerme unos exámenes ya que estoy mal de salud y no cuento con recursos económicos para cubrir dicho gasto.

Le agradezco de antemano su atención a la presente.

Atentamente;


Firma del Solicitante


V°B° alcaldesa Municipal





MARIA DEL CARMEN

MEDINA

26-08-1961

1202 1961 00069

HND

26-08-2031

HONDURAS



3400000000290706

LAMANI
COMAYAGUA



~~11/11~~ R L K H *Adm. B.*
COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND00019315<<<<<<<<<<<<<<
6108263F3108262HND<<<<<<<<<8
MEDINA<<MARIA<DEL<CARMEN<<<<

Armen Medina

Hospital General Santa Teresa - Comayagua

Servicio de CLINICA DEL DIABETICO

Armen Medina

1208610069 62

27/12/23

Identidad #:

Edad:

Fecha:

Hemograma

Glucosa en ayuno

Creatinina

BUN

TGO/TGP

Bilirrubina total y fraccionadas

LDH

Albúmina

☐ PCR

☐ Sodio

☐ Potasio

☐ Cloro

☐ Calcio

☒ Colesterol total, LDL, HDL

☒ Triglicéridos

☒ Acido úrico

☐ Tiempos de coagulación

☐ Procalcitonina

☐ Dímero D

☐ Rayos X PA de tórax

☐ Electrocardiograma

☒ Examen de orina



2945

La Factura es beneficio de Todos. ¡Exijala!

Imprenta Ríos R.T.N. 03011965011688 Tels.: 8952-2967 / 2771-8063,
Certificado: 9231-24-10500-34 Bo. Arriba, 1/2 cuadra al Norte de Ferretena Maldonado, Comayagua.

TOTAL EN LETRAS L.

Ochocientos nueve lps-exactos.

TOTAL L.

396.00

IMPORTE EXONERADO L.

IMPORTE EXENTO L.

IMPORTE GRAVADO 15% L. L.

IMPORTE GRAVADO 18% L. L.

I.S.V. 15% L. L.

I.S.V. 18% L. L.

Original: cliente Copia1: Obligado Tributario Emisor

Rango Autorizado: 12 Tal. 000-002-01-00015451- 000-002-01-00016050

Fecha Limite de Emisión: 08-04-2025

VERSIONES TECNOLOGICAS DE LABORATORIOS CLINICOS SA DE CV

Laboratorio de "Experiencia y Confianza al Servicio de su Salud"

Análisis Clínicos

TECNILAB #2

"Experiencia y Confianza al Servicio de su Salud"

E-mail: laboratorio.tecnilab@yahoo.com

Tel: 8774-1636 RTN: 03079014695578

CAI: B07D0D-12C00B-994D94-A01E9B-9BED21-1B

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

N° Correlativo de Orden de Compra Exentat:	
N° Correlativo de Constancia de Registro Exentat:	
N° Identificativo del Registro de la SAG:	

Barrio El Centro, 1/2 cuadra al Norte de la Municipalidad, Lamani, Comayagua, Honduras, C.A.

☐ CONTADO ☐ CREDITO

CLIENTE:	Alcaldia Municipal de Lamani, Comayagua	DIA	MES	AÑO
DIRECCION:	R.T.N.	25	06	24

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	PRECIO TOTAL
1	Hemograma	180-00	54-00	126-00
1	Glucosa	85-00	25-00	60-00
1	Creatinina	110-00	33-00	77-00
1	Bun	110-00	33-00	77-00
1	TGO, TGP	220-00	66-00	154-00
1	colesterol Total, HDL, LDL	330-00	99-00	231-00
1	Triglicéridos	170-00	36-00	134-00
TOTAL L.		346-00		

La Factura es beneficio de Todos. ¡Exijala!

Imprenta Rios R.T.N. 03011965011686 Tels.: 9952-2967 / 2771-8063, Certificado.: 9231-24-10500-34 Bo. Arriba, 1/2 cuadra al Norte de Ferreteria Maldonado, Comayagua.

TOTAL EN LETRAS L. Ochocientos nueve lps-exactos.

Original: cliente Copia1: Obligado Tributario Emisor

Rango Autorizado: 12 Tal. 000-002-01-00015451- 000-002-01-00016050

Fecha Limite de Emisión: 08-04-2025

FACTURA N° 000-002-01-000 15724

Kenig
FIRMA

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	
IMPORTE GRAVADO 15% L. L.	
IMPORTE GRAVADO 18% L. L.	
I.S.V. 15% L. L.	
I.S.V. 18% L. L.	
TOTAL A PAGAR L.	809-00

INVERSIONES TECNOLOGICAS DE LABORATORIOS CLINICOS SA DE CV

Laboratorio de "Experiencia y Confianza al Servicio de su Salud"

Análisis Clínicos



E-mail: laboratorio.tecnilab@yahoo.com

Tel: 8774-1636 RTN: 03079014695578

CAI: B07D0D-12C00B-994D94-A01E9B-9BED21-1B

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

N° Correlativo de Orden de Compra Exonerado	
N° Correlativo de Constancia de Registro Exonerados	
N° Identificativo del Registro de la SAG	

Barrio El Centro, 1/2 cuadra al Norte de la Municipalidad, Lamani, Comayagua, Honduras, C.A.

☐ CONTADO ☐ CREDITO

CLIENTE:

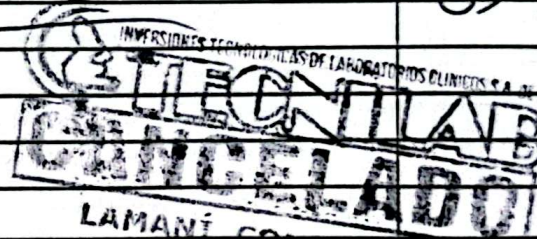
Alcaldia Municipal de Lamani, Comayagua

DIA MES AÑO
25 06 24

DIRECCION:

R.T.N.

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	PRECIO TOTAL
1	Acido Urico	110.00	33.00	77.00
1	General de Orina	85.00	25.00	60.00



La Factura es beneficio de Todos. ¡Exijala!

Imprenta Rios R.T.N. 03011965011686 Tels.: 9952-2967 / 2771-8063, Certificado: 9231-24-10500-34 Bo. Amiba, 1/2 cuadra al Norte de Ferretena Maldonado, Comayagua

TOTAL L. 58.00

TOTAL EN LETRAS L. Ciento treinta y Siete lps exactos.

IMPORTE EXONERADO L.

IMPORTE EXENTO L.

IMPORTE GRAVADO 15% L. L.

IMPORTE GRAVADO 18% L. L.

I.S.V. 15% L. L.

I.S.V. 18% L. L.

TOTAL A PAGAR L.

137.00

Original: cliente Copia1: Obligado Tributario Emisor

Rango Autorizado: 12 Tal. 000-002-01-00015451- 000-002-01-00016050

Fecha Limite de Emisión: 08-04-2025

FACTURA N° 000-002-01-000 15725

Kenia
FIRMA

"Experiencia y Confianza al Servicio de su Salud"
Una Cuadra al Oeste de Alcaldía de LAMANI, COMAYAGUA
Llame para mas información al Cel. 8774 - 1636

Doctor (a):	Nombre del Paciente:	Sexo:	Edad:	Fecha:
ZUNIGA	MARIA DEL CARMEN MEDINA	Femenino	62 Años	25/6/2024

HEMATOLOGIA								
Parámetro	Resultado	V.N.	Rto.Diferencial.	Result. %	V.N.	Parámetro	Resultado	V.N.
Hemoglobina	12.7	12.0 - 16.0 g/100ml	Neutrófilos	42.0	50-68	Plaquetas	267.000	150,000-400,000
Hematócrito	38.1	36 - 48 %	Células medias	3.7	3-----7	T. coagulación		5' - 11'
Eritrocitos	4,000,502	4-----5 X10 6	Basófilos		0.0-1	T. Sangrado		1' - 4'
Leucocitos	5.380	5 - 10.0X1,000mm3	Monocitos		3.0-7.0	T.P. Paciente		10.5 " - 15"
MCH	33.9	30.0 - 35.0	Linfocitos	54.3	25.0-40.0	T.P. Control		
MCHC	42.3	31.5 - 36.0	Total	100		T.P. T.Paciente		20" - 35"
MCV	80.1	76 - 96				T.P.T. Control		
RDWc						I.N.R		0.9 - 1.15
TIPO Y RH								
Hematozooario								
OBSERVACION								

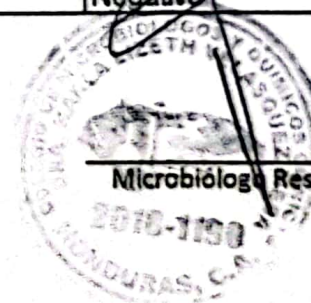




"Experiencia y Confianza al Servicio de su Salud"
Una Cuadra al Norte de Alcaldía de LAMANI, COMAYAGUA
Llame para mas información al Cel. 8774 - 1636

Doctor (a)	Nombre del Paciente:	Sexo:	Edad:	Fecha:
ZUNIGA	MARIA DEL CARMEN MEDINA	Femenino	62 Años	25/6/2024

EXAMEN GENERAL DE ORINA			
Examen Físico		Examen Químico	
Color	Amarillo	Esterasas de Leucocitos	XXX
Olor	Suigeneris	Nitritos	Negativo
Aspecto	Turbio	PH	6.5
Densidad	1,020	Proteínas	Negativo
Sedimento	Abundante	Glucosa	X
Examen Microscópico		Cuerpos cetónicos	Negativo
Células Epiteliales	Escasas	Bilirrubinas	Negativo
Eritrocitos	1 - 3 /c	Sangre	Negativo
Leucocitos	43 - 46 /c	Hemoglobina	Negativo
Moco	Moderado	Acido ascórbico	Negativo
Bacterias	Abundantes	Urobilinogeno	Negativo
Levaduras	No se observó		
Cristales	Uratos Amorfos: Escasos		
Cristales	No se observó		
Cilindros	No se observó		
NOTA 1:			



Microbiólogo Responsable

Doctor (a):	Nombre del Paciente:	Sexo:	Edad:	Fecha:
ZUNIGA	MARIA DEL CARMEN MEDINA	Femenino	62 Años	25/6/2024

QUIMICA SANGUINIA

ANALISIS	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA:	353		Normal: 70 - 100 mg/dl. Prediabetes: 100 - 125 mg/dl. Diabetes: Mayor ó igual de 126 mg/dl.
TRIGLICERIDOS:	477		Hasta 150 mg/dl
Colesterol TOTAL:	179		Hasta 200 mg/dl
Colesterol HDL:	42		M: 40 - 60 mg/dl.. F: 50 - 60 mg/dl
Colesterol LDL:	113		Menor a 150 mg/dl
ACIDO URICO	5.0		M: 2.5 - 7.5 mg/dl F: 2.5 - 6.5 mg/dl
CREATININA	0.8		M: 0.7-1.1 mg/dl F: 0.5-0.9 mg/dl
BUN:	12.7		Adultos 4.7 - 23.3 mg/dl
TGO:	20		Hasta 40 U/l.
TGP:	27		Hasta 41 U/l.
NOTA1:	Datos Confirmados.		

Microbiologo responsable





Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanielcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° 01646

RECIBO POR LPS. 946.00

YO Inversiones Tecnologicas de Laboratorio SA de CV

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 03079014695578

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 946.00

EN LETRAS Novecientos Cuarenta y seis Lempres

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: realización de exámenes a la Señora Maria
del Carmen Medina con identidad 1202-1961-00069
exámenes que se recibieron en el centro de Salud.

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 05 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

Renta Martinez

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamaní
Departamento de Comayagua
Tel: 2777-2002

SOLICITUD DE CAJA CHICA

Fecha: 05 /07/2024

Proyecto: Capacitación a mujeres del proyecto de gallinas ponedoras sobre el tema Factores de Bienestar y confort en Avicultura.

Reciba un extensivo saludo deseándole éxitos en sus labores diarias y muchas bendiciones en tan delicadas funciones.

Por este medio le **SOLICITO** muy respetuosamente se le efectué el pago por Lps.183.00 a nombre **Ángel Omar Moreno Bonilla**, propietario de Pulpería Elizabeth con DNI.0307-1981-00039, Por concepto dos refrescos 3 litros 1 paquete de galletas, y un paquete de vasos, para las mujeres que asistieron a la capacitación, sobre el Tema Factores de Bienestar y confort en avicultura, proyecto de gallinas ponedoras de trapichito.

Gracias por la atención a la presente me suscribo de usted.

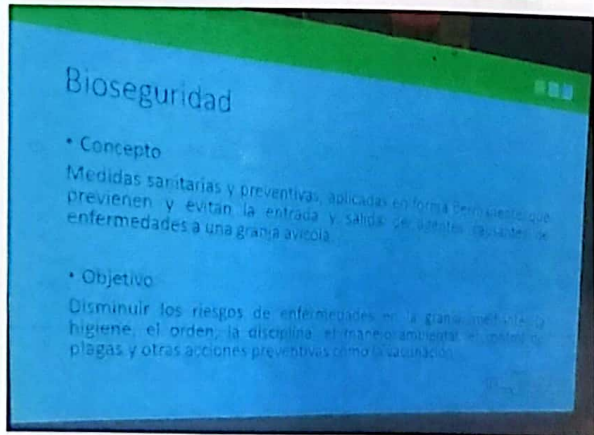
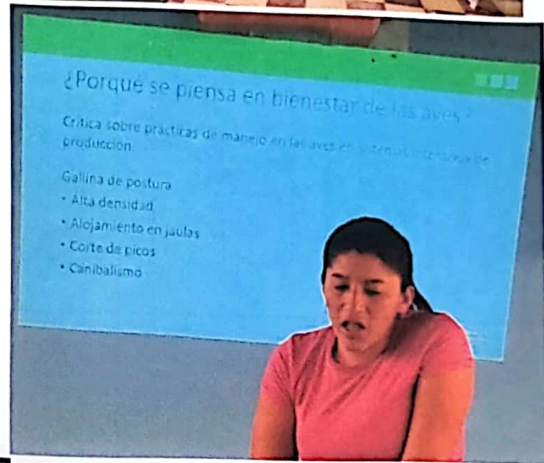
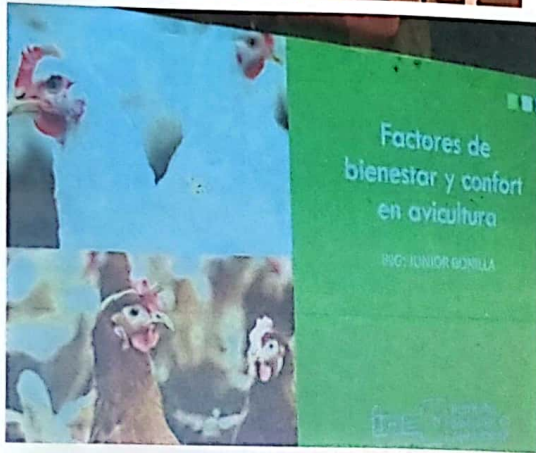
Muy atentamente,

Sr. Flavio Varela
Encargado de Caja Chica



Nelly María Bonilla
Alcaldesa Municipal







LISTADO DE ASISTENCIA



Fecha: 21/05/2024

Actividad: Capacitación a mujeres proyecto Gallinas Ponedoras
Tema Factores de Bienestar y Confort en Avicultura

N°	NOMBRE	DNI	PROCEDENCIA	TELEFONO	FIRMA
1	Georgina Martinez		trapichito	98-33-58144	Georgina M
2	Filomena Sanchez Garay	08091964-0024	trapichito	94-41-1088	Filomena
3	Bianca Emilia Gomez Garcia	19021987-0041	trapichito	96904588	Bianca
4	Maria Aurelia Hernandez Garcia	03011987-00683	trapichito	94652196	Maria
5	Norma Vasquez	0307-7988-0008	trapichito	93771887	Norma
6	Odaly Edith Hernandez	0307-2007-0076	trapichito	95752046	Odaly Her
7	Christina Sanchez	0909-7982-00751	Trapichito	9574-41508	Christina Sanchez
8	Rosenda Garay	0809-7946-	trapichito		
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					



Lamani Comayagua
TE.: 2777-2002
DIA 05 MES

Identidad/RTN:

Numero de Telefono: 03
Domicilio:

Domicilio:

Datos del Adquiriente Exonerado
Número de Orden De Compra
Número Const

Número del Adquiriente Exonerado
Número de Orden De Compra Exenta:
Número Constancia De B
Número B

Número Constancia De Registro de Exonerados: _____
Número Registro de la SAG: _____

Número Registro de la SAG: _____
 CANT. _____

[illegible]

RANGO AUTORIZADO: 000-001-11-00000301 / 000-001-11-00000400
FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 09/11/2024
CAI: 8BA429-957AAA-4846AD-ABC0AB-B4991C-DD

SUB-TOTAL

TOTAL

Cantidad en letras Ciento ochenta y
tres lempiras

Original: Cliente /Copia: Obligado Tributario Emisor
**LA FACTURA ES BENEFICIO
DE TODOS ¡EXIJALA!**

LA FACTURA DE TODOS LOS DIAS

Engel Omar Moreno

FIRMA



Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanielcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° 01647

RECIBO POR LPS. 183.00

YO Angel Omar Moreno Bonilla

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 0367-1981-00039

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 183.00

EN LETRAS ciento ochenta y tres Lempiras

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: Compra de dos refrescos 3 litros, 1 paquete de galletas
y un paquete de vasos para las mujeres que asistieron a la
capacitación sobre el tema Factores de bienestar y confort
en avicultura proyecto de gallinas ponedoras de la
aldea de Arapichito

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 05 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

Angel Omar Moreno

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



*Alcaldía Municipal de Lamani
Departamento de Comayagua
Tel: 2777-2002*

SOLICITUD DE CAJA CHICA

Fecha: 05 /07/2024

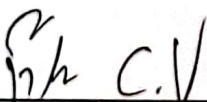
Proyecto: Ayuda Social

Reciba un extensivo saludo deseándole éxitos en sus labores diarias y muchas bendiciones en tan delicadas funciones.

Por este medio le **SOLICITO** muy respetuosamente se le efectué el pago por Lps.612.00 a nombre de **ASTRID FAVIOLA CASTRO GUILLEN**, con DNI.0307-1990-00038, propietaria de Farmacia Lamani. Por concepto una caja de nodik 500, Flamydol 75 y una caja de FE-Q 800, para ser entregados a la Señora Ninfa Jiménez Hernández, ya que está mal de salud.

Gracias por la atención a la presente me suscribo de usted.

Muy atentamente,


Sr. Flavio Varela
Encargado de Caja Chica




Nelly María Bonilla
Alcaldesa Municipal



SOLICITUD

Lamani, Comayagua 13 de junio 2,024

Sr. Nelly María Velázquez

Alcaldesa Municipal
Lamani Comayagua
Su oficina.

Reciba un cordial saludo de mi parte, deseándole el mayor de los éxitos en sus labores a usted encomendadas.

Yo Ninfa Jiménez Hernández, con identidad número 0307-1985 – 00052, vecina del Barrio el Pedregal, de este municipio por medio de la presente le **solicito:** muy respetuosamente, me ayude en la compra de medicamento que aparece en la receta, ya que en el centro de salud no hay y no tengo dinero para cubrir dicho gasto.

Le agradezco de antemano su atención a la presente.

Atentamente;


Firma del Solicitante


V°B° Alcaldesa Municipal



Departamental de salud 03 Comayagua.

6 Villa san Antonio, Municipio Lamani

CIS. Pablo R. Barahona, Lamani

e.

Nicole Hernandez

/ID

ty.

Edad.

64a

Fecha

11/6/24

procedencia

re ty

TX 1)

Modik 1 tratamiento

2)

De bono peruso

3)

ty ty ty

4)

Modik

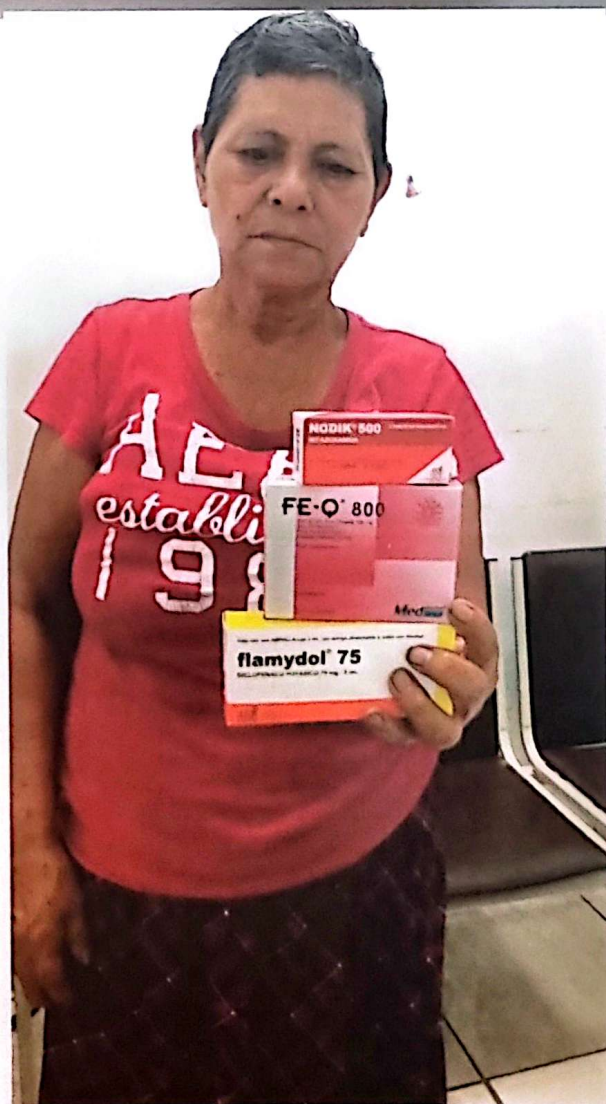
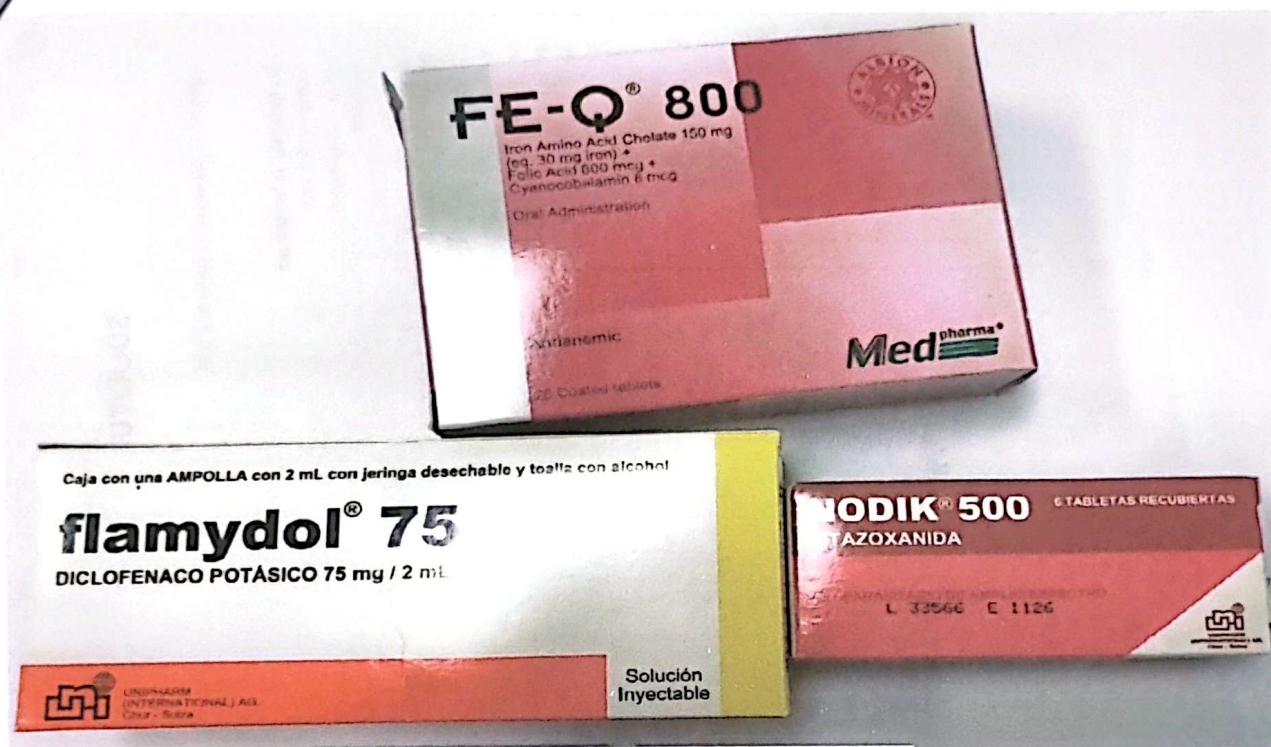
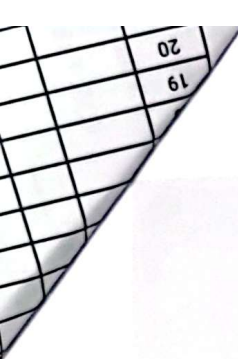
A multivitamino
1 grs y
#30

5)

2005995480



Nombre/ Firma profesional y sello



Farmacia Lamani
Frente a la Escuela Esperanza
Moreno de Santos

RTN:03071990000383,
LamaniComayagua

27772009

3224-9170

farmacialamani@gmail.com

Original Cliente /Copia Obligado

Tributario Emisor

FACTURA

1-0-01-00036133

CAI #

65E8CB-160FAB-7045B4-C9EE8A-F1C49E-
F6

RTN: 03079003030828
Nombre: MUNICIPALIDAD DE
LAMANI
MUNICIPALIDAD DE
LAMANI

Dirección:
Fecha: 13/06/2024 Hora: 11:10:07 a.m
Cajero: 001 POS #: 1
Vendedor:
Artículos : 3 ID #: 22728

CAN	DESCRIPCION	P.U.	VALOR
1	Nodik 500mg Caja x6tabs 764600212255	L. 335.9	L. 335.93
		Desc.	L. -100.93
1	Flamydol 75mgx1ampoll a 764600111121	L. 152.4	L. 152.45
		Desc.	L. -47.45
1	FE-Q 800 28tabs 740109460071 9	L. 339.5	L. 339.55
		Desc.	L. -67.55
		Subtotal	L. 827.93
	Descuentos y Rebajas Otorgado		L. 215.93
	Importe Exento		L. 612.00
	Importe Exonerado		L. 0.00
	Gravado ISV 15%		L. 0.00
	Gravado ISV 18%		L. 0.00
	ISV 15%		L. 0.00
	ISV 18%		L. 0.00
	Total		L. 612.00
	Efectivo Recibido		L. 612.00
	Cambio		L. 0.00

Seiscientos doce Lempiras

OC Exenta #. 0
Const Regis Exonerado #. 0
Registro SAG #. 0

Fecha limite emision:00000023/03/2025
Rango autorizado:000-002-01-00030501

Farmacia Lamani
ente a la Escuela Esperanza
Moreno de Santos
RTN:03071990000383,
LamaniComayagua
27772009
3224-9170
farmacialamani@gmail.com
Original Cliente /Copia Obligado
Tributario Emisor

FACTURA

1-0-01-00036133

CAI #

65E8CB-160FAB-7045B4-C9EE8A-F1C49E-
F6

RTN 03079003030828
Nombre MUNICIPALIDAD DE
LAMANI
MUNICIPALIDAD DE
LAMANI
Dirección
Fecha 13/06/2024 Hora 11:10 07 a.m
Cajero 001 POS # 1
Vendedor
Artículos 3 ID # 22728

CAN	DESCRIPCION	P U	VALOR
1	Nodik 500mg Caja x6tabs 764600212255	L 335 9	L 335 93
		Desc	L -100 93
1	Flamydol 75mgx1ampoll a 764600111121	L 152 4	L 152 45
		Desc	L -47 45
1	FE-Q 800 28tabs 740109460071 9	L 339 5	L 339 55
		Desc	L -67 55
		Subtotal	L 827 93
	Descuentos y Rebajas Otorgado		L 215 93
	Importe Exento		L 612 00
	Importe Exonerado		L 0 00
	Gravado ISV 15%		L 0 00
	Gravado ISV 18%		L 0 00
	ISV 15%		L 0 00
	ISV 18%		L 0 00
	Total		L 612 00
	Efectivo Recibido		L 612 00
	Cambio		L 0 00

Seiscientos doce Lempiras

OC Exenta # 0
Const Regis Exonerado # 0
Registro SAG # 0

Fecha limite emision 00000023/03/2025
Rango autorizado 000 002-01-00030501
a 000 002-01-00040500



Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanialcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA
N° **01648**

RECIBO POR LPS. 617.00

YO Astrid Favola Castro Guillen

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 03071990000383

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 612.00

EN LETRAS seiscientos Doce Lempiras

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: compra de una caja de Modula 500, Flamydel 75 y una
caja de fe-9 800 para ser entregados a la señora NINFA Jimenez
Hernandez con Identidad 0307-1985-00052 ya que este mal de
salud.

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 05 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

Astrid Favola Castro
FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamaní
Departamento de Comayagua

Solicitud

Lamaní Comayagua, 08 de julio 2024

Cesar Flavio Varela
Encargado de Caja Chica
Su Oficina.

Reciba un cordial y afectuoso saludos, al mismo tiempo a la espera de que se encuentre desarrollando sus funciones con éxito.

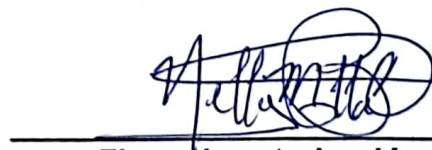
Por este medio me dirijo a usted muy respetuosamente para solicitar el pago a la administradora de pollo Master **AZARIA YAMALY CASTRO SOLER** con número de identidad **1204-1991-00013**, por concepto de la compra de alimentación para compartir a la Lic. **Wendy Suazo** del **SENAF** que impartió una charla sobre el Desarrollo del Consejo Municipal de Garantía de Derechos de la Niñez y Adolescencia en Honduras, a la encargada de la OMNJ. Siendo un total de ciento noventa seis lempiras exactos (**Lps. 196.00**).

Sin más que agregar me despido.

Atentamente:

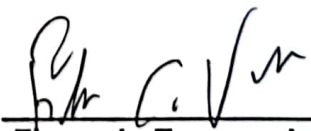

Jefe de OMNJ
Arleth Hernandez




Firma de autorización
Alcaldesa Nelly Bonilla



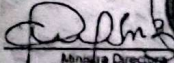

Firma Tesorero
Carlos Alvarado


Firma de Encargado de Compras
Cesar Flavio Varela





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. 6 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), 56 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- 3043540 Transacción: 908360



POLLO MASTER

SUPER DELICIOSO Y DORADITO

Lamaní, Comayagua, Calle Principal, Contiguo a Tecnilab
% Cuadra antes del Parque Central / RTN: 12041990000298
Tel: 2777-2100 / E-mail: charlotteduron@gmail.com

CAI: 27537B-6588DC-6C4CAE-603AB1-592AB4-4A

Factura: Contado ☐ Crédito ☐

N° 004-002-01-00003020

DÍA	MES	AÑO

Datos del Adquiriente Exonerado

No. OIC Exenta No. Registro de Exonerado No. de Registro de la SAG

Cliente: Alcaldía Municip. P. L.

Dirección: La Maní

RTN: 02279003030828

Cant.	DESCRIPCION	Precio U.	TOTAL
	<u>Alimentos</u>		<u>776.00</u>
	<u>\$</u>		<u>\$</u>

Son: <u>Setecientos</u>	Importe Exonerado L.	
<u>PS</u>	Importe Exento L.	
	Importe Gravado 15% L.	<u>770.00</u>
	Importe Gravado 18% L.	
	I.S.V. 15% L.	<u>25.36</u>
	I.S.V. 18% L.	
	Descuento y Rebaja L.	
	TOTAL A PAGAR L.	<u>776.00</u>

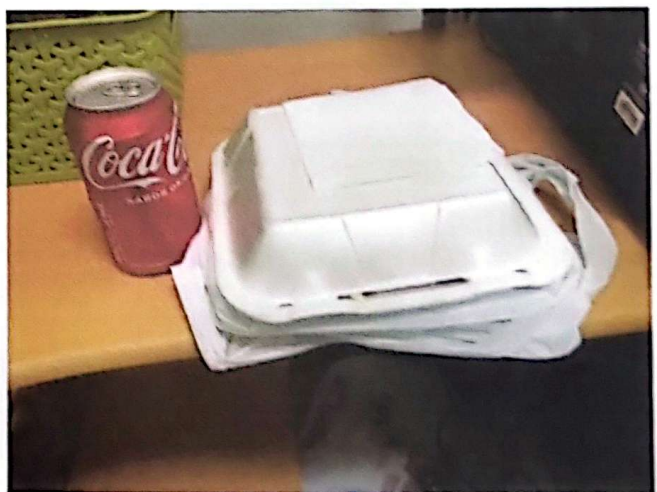
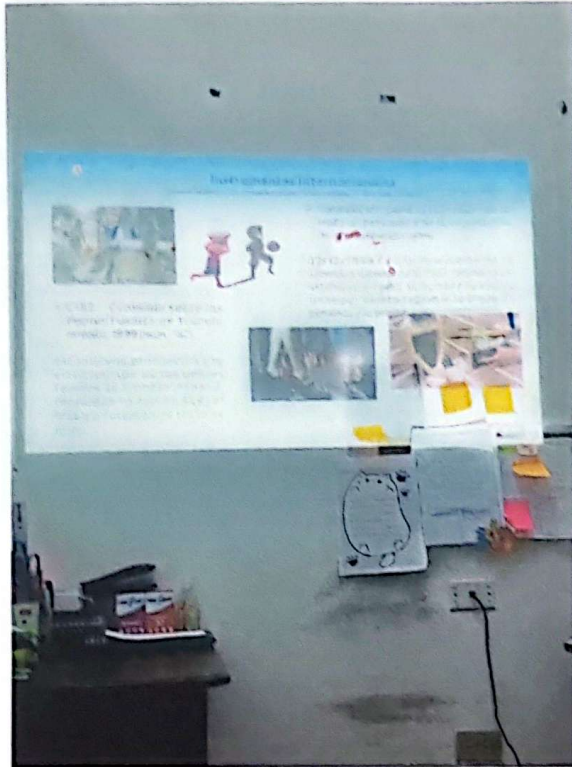
Original: Cliente Copia: Obligado Tributario Emisor

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS ¡EJUALA!



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua



OLLO MASTER

SUPER DELICIOSO Y DORADITO

Maní, Comayagua, Calle Principal, Contiguo a Tecnilab
Cuadra antes del Parque Central / RTN: 12041990000298

Tel: 2777-2100 / E-mail: charlotteduron@gmail.com

B-6588DC-6C4CAE-603AB1-592AB4-4A

Cura: Contado ☐ Crédito ☐

DÍA	MES	AÑO

004-002-01-00003020

Datos del Adquiriente Exonerado

No. O/C Exenta No. Registro de Exonerado No. de Registro de la SAG

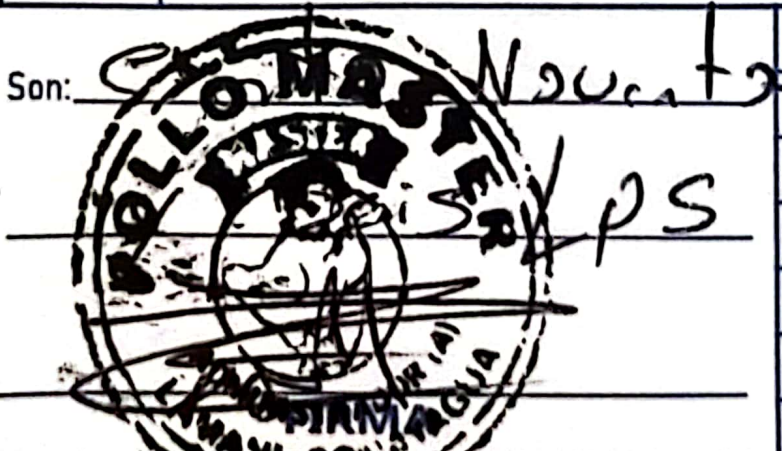
Cliente: Alcol dia Municipi

Direccion: la mapi

RTN: 0207 900 3030 828

Cant.	DESCRIPCION	Prcio U.	TOTAL
	Alimentos		176 00

Son: Catorce mil noventa y cinco PS



Rango Autorizado: 004-002-01-00003020 A 004-002-01-00003250

Fecha Límite de Emisión: 17/01/2025

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS ¡EXIJALA!

Importe Exonerado L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	770 14
Importe Gravado 18% L.	
I.S.V. 15% L.	25 50
I.S.V. 18% L.	
Descuento y Rebaja L.	
TOTAL A PAGAR L.	796 09

Original: CLIENTE Copia: Obligado Tributario Emisor



Municipalidad de Lamaní
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanialcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° 01651

RECIBO POR LPS. 196.00

YO Jollo Master

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 12041990000298

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 196.00

EN LETRAS ciento noventa y seis lempiras

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: Compra de alimentación para la Lic. Wendy Suazo
del SENAT que impartió charla sobre el desarrollo del
consejo municipal de garantía de derechos de la
nñez y adolescencia en Honduras

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 08 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002

SOLICITUD

Lamani, Comayagua 08 de julio de 2024

Reciba un cordial y afectuoso saludo, al mismo tiempo a la espera de que se encuentre desarrollando sus funciones con éxito.

Por este medio se le solicita muy respetuosamente el pago al **Laboratorio Clínico BIOGEN** el pago de un examen para un estudiante de bajos recursos del Centro Educativo Lic. Ivis Rolando Arias del barrio el plantel que participara en el Concurso Infantil de Oratoria (Como Diputado representando el Municipio de Lamaní) el día martes 09 de julio del 2024 en la Ciudad de Comayagua, el cual asciende a un total de **Lps.85.00** ochenta y cinco lempiras exactos.

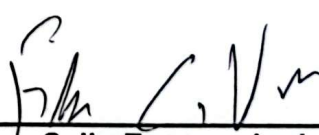
Sin más que agregar me despido agradeciendo su atención a la presente me suscribo de usted.

Atentamente:


Firma y sello Jefe de OMU
Sender Arleth Hernandez


Firma y sello Alcalde Municipal
Nelly María Bonilla

Firma y Sello Tesorero
Carlos Alvarado


Firma y Sello Encargado de Caja Chica
Flavio Cesar Varela



BIOGEN
Laboratorio Clínico

BIOGEN
Laboratorio Clínico

Paciente: Josue Magdiel Bonilla Mejia

Entidad: 415

Teléfono:

9438-3278



Barrio El Centro, Frente al parque central de
Lamaní, Comayagua.





BIOGEN
Laboratorio Clínico

LABORATORIO CLINICO BIOGEN

Bo, el centro, Lamani, Comayagua.
laboratorioclinicobiogen20@gmail.com
TEL.:(504) 8920-4635

Paciente: Josue Magdiel Bonilla Mejia
Identidad: 415
Telefono:
Sexo: M | Fecha Nac:11/01/2013
Edad: 11 años

Petición: 615 / 240708008
CONSULTA EXTERNA
Doctor: No Ingresado
Solicitado: 08/07/2024 10:07:23
Impreso: 08/07/2024 10:53:02

Validado por: Dra. Aleyda Inestroza HEMATOLOGIA

Prueba	Resultado	Unidad	Valores de Referencia
--------	-----------	--------	-----------------------

HEMATOLOGIA
Tipo de Sangre

O POSITIVO



Escanea el código QR para validar la autenticidad de tus resultados

Nota:

Horario: Lunes a Viernes 7:30am – 3:30pm Sábados: 7:30am - 1:00pm
Copyright 2024 © LiSalud www.lisalud.com



Pag 1 of 1



BIOGEN
Laboratorio Clínico

FACTURA

ORIGINAL

LABORATORIO CLINICO BIOGEN

Prop. Denia Gissela Galeas Diaz

Barrio El Centro, frente al parque central

contiguo a farmacia Regis, Lamani, Comayagua.

RTN: 03071995001072 | laboratorioclinicobiogen20@gmail.com

CLIENTE: ALCALDIA MUNICIPAL LAMANI
RTN: 03079003030828
PACIENTE: JOSUE MAGDIEL BONILLA MEJIA
IDENTIDAD: 415
SEXO: M, **EDAD:** 11 AÑOS
FECHA NAC: 2013-01-11
TELEFONO:
PETICION: 615 / 240708008

FACTURA N°: 000-001-01-00000579
SERVICIO: CONSULTA EXTERNA
FORMA DE PAGO: CONTADO
DOCTOR: NO INGRESADO
CREADO: 2024-07-08 10:07:23
IMPRESO: 2024-07-08 10:07:36
FACTURADO POR: CAJA1

Comentario :

CAI: 9DF1DA-5B7EB1-544EAC-4668E9-EF54F6-2E

Cant.	Descripcion	Precio	Sub total	Reb y desc otorgados	ISV	Total
1	Tipo de Sangre	L. 85.00	85.00	0.00	0.00	L. 85.00
TOTALES		L.	85.00	0.00	0.00	L. 85.00

N° CORRELATIVO DE ORDEN DE COMPRA EXENTA: _____

N° CORRELATIVO DE CONSTANCIA DE REGISTRO EXONERADO: _____

N° IDENTIFICATIVO DEL REGISTRO DE LA SAG: _____

RANGO DE FACTURACIÓN AUTORIZADO
000-001-01-00000001 - 000-001-01-00000600
FECHA DE RECEPCIÓN: 2024-02-06
FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 2024-08-06
SON: OCHENTA Y CINCO LEMPÍRAS CON 00/100

ORIGINAL: CLIENTE - COPIA: EMISOR
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

IMPORTE EXONERADO: L. 0.00
IMPORTE EXENTO: L. 85.00
IMPORTE GRAVADO 15%: L. 0.00
IMPORTE GRAVADO 18%: L. 0.00
REB Y DESC OTORGADO: L. 0.00
ISV 15%: L. 0.00
ISV 18%: L. 0.00
TOTAL A PAGAR: L. 85.00

Pag 1 of 1





Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanialcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° **01652**

RECIBO POR LPS. 85.00

YO Laboratorio Clinico Dioben

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 03071995001072

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 85.00

EN LETRAS ochenta y cinco lempiras

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: se realizó exámenes para un estudiante de bajos recursos de centro educativo L.C. Ivis Rolando Ariles del barrio plantel que participara en el concurso infantil de oratoria como diputado representando al municipio de Comal el martes 9 de julio 2024 en la ciudad de comayagua

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 8 DIAS DEL MES DE julio AÑO 202 4

Denia Galeas

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamani
Departamento de Comayagua
Tel: 2777-2002

SOLICITUD DE CAJA CHICA

Fecha: 08 de julio de 2,024.

Proyecto: Ayuda Social

Reciba un extensivo saludo deseándole éxitos en sus labores diarias y muchas bendiciones en tan delicadas funciones.

Por este medio le **SOLICITO:** muy respetuosamente, se le efectuó el pago por L. 60.00 a nombre de **INVERSIONES TECNOLOGICAS DE LABORATORIO S.A DE C.V.**, por concepto de realizarle examen de orina a la Señora Karen Johana Diaz GARCIA con DNI. 0307-2005-00034, examen que le recetaron en el Centro de salud por estar mal, y esta en estado de embarazo.

Nota: Adjunto documentación requerida de la persona.

Gracias por la atención a la presente me suscribo de usted.

Muy atentamente,



Sr. Flavio Varela
Encargado de Caja Chica





Nelly María Bonilla
Alcaldesa Municipal



SOLICITUD

Lamani, Comayagua 06 de mayo 2024

Sra. Nelly María Velázquez
Alcaldesa Municipal
Lamani Comayagua
Su oficina.

Reciba un cordial saludo de mi parte, deseándole el mayor de los éxitos en sus labores a usted encomendadas.

Yo, Karen Johana Diaz García, con identidad número 0307-2005-00034 vecina de Ojo de Agua, de este municipio por medio de la presente le **solicito**: muy respetuosamente, me ayude económicamente para hacerme un examen de orina ya que estoy mal de salud y estoy embarazada por lo cual no tengo un trabajo para poder cubrir dicho gasto.

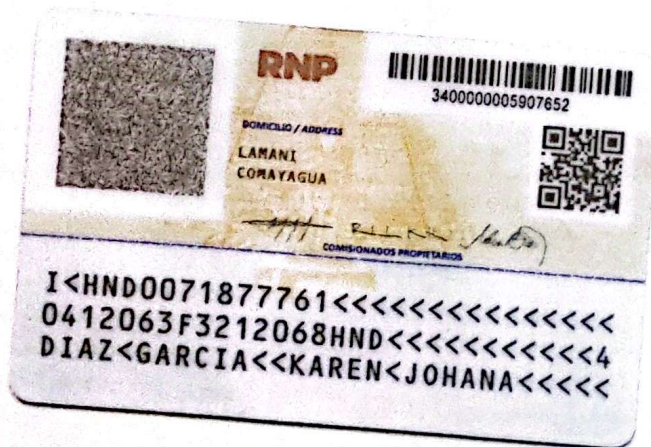
Le agradezco de antemano su atención a la presente.

Atentamente;

Karen Diaz
Firma del Solicitante

Nelly María Velázquez
V°B° alcaldesa Municipal





CLÍNICA PERINATAL BASE - SS Honduras

APellido <u>Oren Johana</u> Municipio <u>Agua</u> Agua		FECHA DE NACIMIENTO día mes año <u>06</u> <u>12</u> <u>2004</u> EDAD (años) <u>18</u>		ETNIA blanca ☐ indigena ☐ mestiza ☐ negra ☐ otra ☐		ALFA BETA no ☐ si ☐		ESTUDIOS ninguno ☐ primaria ☐ secundaria ☐ universitaria ☐ años el mayor nivel <u>4º</u>		ESTADO CIVIL casada ☐ unión estable ☐ soltera ☐ otro ☐ vive sola ☐		Lugar del parto prenatal ☐ parto ☐		1958 0307-2005-00034	
FAMILIARES no si ☐ si ☐		PERSONALES no si ☐ si ☐		OBSTETRICOS ninguno más de 4 ☐		gestas previas <u>04</u>		abortos <u>00</u>		vaginales <u>00</u>		nacidos vivos <u>01</u>		viven <u>01</u>	
diabetes ☐ hipertensión ☐ preeclampsia ☐ eclampsia ☐ otra cond. médica grave ☐		drugía ☐ genito-urinario ☐ cardiopat. ☐ nefropatía ☐ violencia ☐		último previo n/c ☐ <2500g ☐ normal ☐ >4000g ☐		Antecedente de gemelares ☐		3 espont. consecutivos ☐		cesáreas ☐		nacidos muertos ☐		mueren 1º sem. ☐ después 1º sem. ☐	
GESTACION ACTUAL PESO ANTERIOR <u>63.9</u> kg TALLA (cm) <u>160</u> FPP <u>1308/38</u> FUM <u>2505/24</u>		EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s ☐ si ☐ no ☐		FUMACT. ☐ FUMAS. ☐ DROGAS ☐ ALCOHOL ☐ VIOLENCIA ☐ ANTIRUBEOLA ☐ ANTITETANICA ☐ EX. NORMAL ☐		1º trim. ☐ 2º trim. ☐ 3º trim. ☐		1º sem. ☐ 2º sem. ☐ 3º sem. ☐		1º mes. ☐ 2º mes. ☐ 3º mes. ☐		1º día. ☐ 2º día. ☐ 3º día. ☐		1º hora. ☐ 2º hora. ☐ 3º hora. ☐	
CERVIX insp. visual ☐ normal ☐ anormal ☐ no se hizo ☐		GRUPO Rh ☐ Inmuniz. ☐		TOXOPLASMOSIS ☐ VIH ☐ Hb <20 sem ☐ Fé/FOLATOS ☐ Hb ≥20 sem ☐		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento Prueba VDRL/RPR ☐ Confirmada por FTA ☐ Tratamiento ☐ Tto. de la pareja ☐		1º consulta IgM ☐ realizado ☐ <11.0 g/dl ☐ >11.0 g/dl ☐		1º sem. ☐ 2º sem. ☐ 3º sem. ☐		1º día. ☐ 2º día. ☐ 3º día. ☐		1º hora. ☐ 2º hora. ☐ 3º hora. ☐	
CHAGAS ☐ PALUDISMO/MALARIA ☐ BACTERIURIA ☐ GLUCEMIA EN AYUNAS ☐ ESTREPTOCOCCO B ☐ PREPARACIÓN PARA EL PARTO ☐ CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA ☐		sem. ☐ normal ☐ anormal ☐ no se hizo ☐		<20 sem ☐ >105 mg/dl ☐		38-37 semanas ☐ no se hizo ☐		no ☐ si ☐		no ☐ si ☐		no ☐ si ☐		no ☐ si ☐	

CONSULTAS ANTERIORES <u>6.05.24</u> <u>81</u> <u>90/70</u>															
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE INGRESO día mes año <u>06</u> <u>12</u> <u>2004</u>		CONSULTAS PRE-NATALES total ☐		EMBARAZO no ☐ si ☐		ANTENATALES completo ☐ incompleto ☐ ninguna ☐		esporádico ☐ inducido ☐ cesar elect. ☐		al parto ☐ semanas ☐ días ☐		SITUACIÓN cefalica ☐ pelviana ☐ transversa ☐		ACOMPANANTE pareja ☐ familiar ☐ otro ☐ ninguno ☐	
CARNÉ ☐ no ☐ si ☐		posición de la madre ☐		contr. 10' ☐		dilatación ☐		altura presentación ☐		variedad post. ☐		meconio ☐		FCP/dips ☐	
TRABAJO DE PARTO si ☐ no ☐		HTA previa ☐ HTA inducida ☐ preeclampsia ☐ eclampsia ☐ cardiopatía ☐ nefropatía ☐ diabetes ☐		infección ovular ☐ infección urinaria ☐ amenaza parto preter. ☐ R.C.I.U. ☐ rotura prem. de membranas ☐ anemia ☐ otra cond. grave ☐		1º trim. ☐ 2º trim. ☐ 3º trim. ☐		postparto ☐ infección puerperal ☐		notas		INDUC ☐ OPER ☐		INDUC ☐ OPER ☐	
NACIMIENTO VIVO ☐ MUERTO ☐ anteparto ☐ parto ☐ ignora momento ☐		hora ☐ min ☐ día ☐ mes ☐ año ☐		MÚLTIPLE ☐ orden ☐		TERMINACIÓN ☐ cesárea ☐ otra ☐ forceps ☐ vacuum ☐		INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO		INDUC ☐ OPER ☐		INDUC ☐ OPER ☐		INDUC ☐ OPER ☐	
POSICIÓN PARTO sentada ☐ acostada ☐		DESGARROS ☐ OCITOCICOS ☐ Tracción ☐ Contracción ☐ Masaje del Utero ☐		PLACENTA ☐ LIGADURA CORDON ☐ precoc ☐ RECIBIDA ☐		MgSO4 ☐ oxitocicos ☐ antibióticos ☐ anal. ☐ anest. ☐ anest. ☐ anest. ☐ trans. ☐		otras ☐ especificar ☐		INDUC ☐ OPER ☐		INDUC ☐ OPER ☐		INDUC ☐ OPER ☐	
RECÉN NACIDO SEXO ☐ PESO AL NACER ☐ CEFALICO ☐ EDAD GESTACIONAL ☐ PESO E.G. ☐ APGAR (min) ☐ estimulac. ☐ aspiración ☐ máscara ☐ oxígeno ☐ masaje ☐ tubo ☐		LONGITUD ☐ ESTIMADA ☐		TAMIAJE NEONATAL ☐ VDRL ☐ T X ☐ Hemoglobina ☐ GRUPO ☐		FALLECE EN LUGAR DE PARTO ☐ REFERIDO ☐ ATENDIÓ ☐ PARTO ☐ NEONATO ☐ PUERPERIO ☐		ATENDIÓ ☐ PARTO ☐ NEONATO ☐ PUERPERIO ☐		ATENDIÓ ☐ PARTO ☐ NEONATO ☐ PUERPERIO ☐		ATENDIÓ ☐ PARTO ☐ NEONATO ☐ PUERPERIO ☐		ATENDIÓ ☐ PARTO ☐ NEONATO ☐ PUERPERIO ☐	
DEFECTOS CONGENITOS ☐ ENFERMEDADES ☐ EGRESO RN ☐ ALIMENTO ALTA ☐ Boca ☐ BCG ☐ Hepatitis ☐ PESO AL EGRESO ☐		EGRESO RN ☐ ALIMENTO ALTA ☐ Boca ☐ BCG ☐ Hepatitis ☐ PESO AL EGRESO ☐		EGRESO RN ☐ ALIMENTO ALTA ☐ Boca ☐ BCG ☐ Hepatitis ☐ PESO AL EGRESO ☐		EGRESO RN ☐ ALIMENTO ALTA ☐ Boca ☐ BCG ☐ Hepatitis ☐ PESO AL EGRESO ☐		EGRESO RN ☐ ALIMENTO ALTA ☐ Boca ☐ BCG ☐ Hepatitis ☐ PESO AL EGRESO ☐		EGRESO RN ☐ ALIMENTO ALTA ☐ Boca ☐ BCG ☐ Hepatitis ☐ PESO AL EGRESO ☐		EGRESO RN ☐ ALIMENTO ALTA ☐ Boca ☐ BCG ☐ Hepatitis ☐ PESO AL EGRESO ☐		EGRESO RN ☐ ALIMENTO ALTA ☐ Boca ☐ BCG ☐ Hepatitis ☐ PESO AL EGRESO ☐	

Tdap 27-02-2024.

CLAP/SMR - OPS/OMS

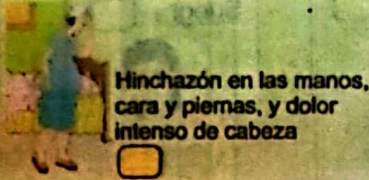
OJO

CUIDADO CON ESTAS SEÑALES DE PELIGRO

En el embarazo



Sangrado ☐



Hinchazón en las manos, cara y piernas, y dolor intenso de cabeza ☐



Niño(a) no se mueve ☐



Reventó la fuente ☐



Convulsiones ☐



Dolor en forma de cinturón en el abdomen ☐

En el parto



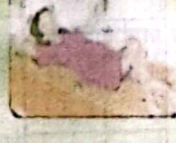
Parto tardado ☐



No sale la placenta ☐



Pérdida momentánea de la visión ve luces o borroso ☐



Convulsiones o ataques ☐

Después del parto



Sangrado después del Parto ☐



Infección o fiebre ☐

Por el comité (Nombre):

Tel:

Nombre de la partera:

Tel:



Secretaría de Salud
Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención



PLAN DEL EMBARAZO, PARTO Y DESPUES DEL PARTO

Nombre de la embarazada: Karen Johana Diaz N° ID: 0307-2005-00034.

Edad: 18

Dirección: go Agua Lamaní

Nombre del esposo o compañero:

Municipio: Lamaní

Comunidad: go Agua.

Unidad de salud: as Lamaní P.R.B.

Fecha de Inicio de plan de parto: 23-11-2023.

Quién lo inicia:

Fecha última menstruación		
Día	Mes	Año

Fecha probable de mi parto		
Día	Mes	Año

CUIDADOS DEL EMBARAZO

Durante su embarazo usted debe recibir atención prenatal por lo mínimo 5 veces

	1° VISITA	2° VISITA	3° VISITA	4° VISITA	5° VISITA	6° VISITA
FECHA						

Comience a ahorrar por día o por mes para el traslado al hospital al momento del parto o por si se presenta una emergencia.

AHORRO EN LEMPIRAS

1-3 Mes	4° Mes	5° Mes	6° Mes	7° Mes	8° Mes	9° Mes	META

OJO Durante el embarazo, parto o post parto pueden haber complicaciones, especialmente en las embarazadas que presentan cualquiera de estas situaciones.



Menor de 18 ☐



Mayor de 35 ☐



Muchos hijos o hijos muy seguidos ☐

Cesáreas Prev

Si ☐

Región Departamental de salud 03 Comayagua.

Red # 6 Villa san Antonio, Municipio Lamaní

CIS. Pablo R. Barahona, Lamaní

Nombre. Karen yojana Diaz Garcia

Exp/ID. 0307-2005-00034 Edad 19

Fecha 06/06/2024 Procedencia. Op de Agua

TX 1) General de Orina

2)

3)

4)

5)



Nombre/ Firma profesional y sello





"Experiencia y Confianza al Servicio de su Salud"
Una Cuadra al Norte de Alcaldía de LAMANI, COMAYAGUA
Llame para mas información al Cel. 8774 - 1636

Doctor (a)	Nombre del Paciente:	Sexo:	Edad:	Fecha:
	KAREN YOJANA DIAZ GARCIA	Femenino	19 Años	6/5/2024

EXAMEN GENERAL DE ORINA			
Examen Físico		Examen Químico	
Color	Amarillo	Esterasas de Leucocitos	X
Olor	Suigeneris	Nitritos	Negativo
Aspecto	Turbio	PH	6.0
Densidad	1,020	Proteínas	Negativo
Sedimento	Abundante	Glucosa	Negativo
Examen Microscópico		Cuerpos cetónicos	Negativo
Células Epiteliales	Abundantes	Bilirrubinas	Negativo
Eritrocitos	4 - 6 /c	Sangre	Trazas
Leucocitos	15 - 18 /c	Hemoglobina	Negativo
Moco	Abundante	Acido ascórbico	Negativo
Bacterias	Abundantes	Urobilinogeno	Negativo
Levaduras	No se observó		
Cristales	No se observó		
Cristales	No se observó		
Cilindros	No se observó		
NOTA 1:			

Microbiólogo Responsable



Una Cuadra al Norte de Alcaldía de LAMANI, COMAYAGUA
"Experiencia y Confianza al Servicio de su Salud"
Cel. 8774 - 1636

NOMBRE DEL PACIENTE: KAREN JOHANA DIAZ

LABORATORIOS TECNOLOGICAS DE LABORATORIOS CLINICOS SA DE CV

Laboratorio de "Experiencia y Confianza al Servicio de su Salud"
Análisis Clínicos

TECNILAB
"Experiencia y Confianza al Servicio de su Salud"

#2

E-mail: laboratorio.tecnilab@yahoo.com

Tel: 8774-1636 RTN: 03079014695578

CAI: B07D0D-12C00B-994D94-A01E9B-9BED21-1B

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

Nº Correlativo de Orden de Compra Exente:	
Nº Correlativo de Constancia de Registro Exonerado:	
Nº Identificador del Registro de la SAG:	

El Centro, 1/2 cuadra al Norte de la Municipalidad, Lamani, Comayagua, Honduras, C.A.

☐ CONTADO ☐ CREDITO

ANTE: Alcaldia Municipal de LAMANI

DIA MES AÑO

R.T.N. 03079003030828

6 5 24

DIRECCION:

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	PRECIO TOTAL
	General de Orina	85.00		60.00

30%



La Factura es beneficio de Todos. ¡Exijala!

Imprenta Rios R.T.N. 03011965011686 Tels.: 9952-2967 / 2771-8063,
Certificado: 9231-24-10500-34 Bo. Arriba, 1/2 cuadra al Norte de Ferreteria Maldonado, Comayagua.

TOTAL EN LETRAS L

Sesenta lps exactos.

LAMANI, COMAYAGUA
TOTAL L.

IMPORTE EXONERADO L.

IMPORTE EXENTO L.

IMPORTE GRAVADO 15% L. L.

IMPORTE GRAVADO 18% L. L.

I.S.V. 15% L. L.

I.S.V. 18% L.

TOTAL A PAGAR L.

60.00

Original: cliente Copia1: Obligado Tributario Emisor

Rango Autorizado: 12 Tal. 000-002-01-00015451- 000-002-01-00016050

Fecha Limite de Emisión: 08-04-2025

FACTURA Nº 000-002-01-000 15460

FIRMA



Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanialcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° 01649

RECIBO POR LPS. 60.00

YO Intersbncs Tecnológicas de Laboratorio SA de CV

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 03079014695578

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 60.

EN LETRAS sesenta Lempiras

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: Recollcción de exámenes de orina a la Señora Karen
Johana Díaz con identidad 0307-2005-00034 exámenes que le recetan
en el centro de salud por estar mal de salud y esta en estado
de embarazo

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 8 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

Denia Acio

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002

SOLICITUD

Lamani, Comayagua 08 de julio de 2024

Reciba un cordial y afectuoso saludo, al mismo tiempo a la espera de que se encuentre desarrollando sus funciones con éxito.

Por este medio se le solicita muy respetuosamente el pago a la Tienda VARIEDADES MANIANI por concepto de compra de (un par de zapatos, una camisa de uniforme, un par de calcetines, una faja) para un estudiante de bajos recursos del Centro Educativo Lic. Ivis Rolando Arias del barrio el plantel que participara en el Concurso Infantil de Oratoria (Como Diputado representando el Municipio de Lamaní) el día martes 09 de julio del 2024 en la Ciudad de Comayagua, el cual asciende a un total de **Lps.1,225.00** mil doscientos veinte y cinco lempiras exactos.

Sin más que agregar me despido agradeciendo su atención a la presente me suscribo de usted.

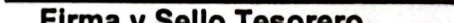
Atentamente:

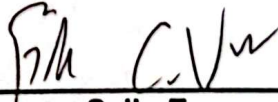


Firma y sello Jefe de OMN
Sender Arleth Hernandez



Firma y sello Alcalde Municipal
Nelly María Bonilla


Firma y Sello Tesorero
Carlos Alvarado



Firma y Sello Encargado de Compras
Flavio Cesar Varela



Alcaldía Municipal de Lamaní
Departamento de Comayagua
Tel. 2777-2002

ACTA DE ENTREGA

YO Lesvia Yolanda Almendarez Chirinos

Con N° de identidad 0307198300045

Hago constar que he recibido de la Municipalidad de Lamaní Comayagua

1 par de Zapato Escolar, 1 Cuballera, 1 Faja
1 Camiseta, 1 par de Calcetas y pago de examen de Sangre.

para un estudiante de bajos recursos del Centro Educativo Lic. Ivis Rolando Arias del barrio el plantel que participara en el Concurso Infantil de Oratoria (Como Diputado representando el Municipio de Lamaní) el día martes 09 de julio del 2024 en la Ciudad de Comayagua.

A los días 08 del mes Julio del año 2024.



Recibí Conforme

Plantel Lamani 08 de Julio de 2024

Oficina de la niñez y Adolescencia
Srita: Sender Bonilla

Deseando se encuentre bien gozando de una buena Salud y muchos éxitos en sus labores diarias.

Docentes, madre de Familia y alumno de la escuela Lic. Ivis Rolando Arias de la comunidad del Plantel con código SACE 0307 00021 B 71 Solicitamos nos colabore económicamente para cubrir los gastos que se realizaron en la compra de zapatos, Vestuario y accesorios. Realizar un examen de Sangre para saber el tipo Sanguíneo.

Dichos gastos se realizan para preparar al niño Josue Magdiel Bonilla Mejia con DNI 0307 2016 00133 del Sexto grado de dicho Centro Educativo.

El es Candidato que representará al municipio a nivel Departamental en el Concurso de Oratoria y poder llegar a representarnos al Congreso Como Congresista Infantil.

Debido a la premura del tiempo en que se estará desarrollando el evento y que los padres del niño Carecen de Recursos

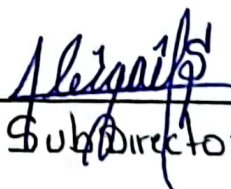
ECONOMICOS para suplir dichos gastos nos vemos en la obligación de gestionar mediante su oficina nos colaboren para poder satisfacer esta necesidad. También solicitar nos colaboren con los gastos de transporte y alimentación el día Martes 09 de Julio del presente año. a la Ciudad de Comayagua lugar donde se llevara el concurso de Oratoria.

De Antemano agradecemos el apoyo y gestión de la Srta: Alcalde Nelly Bonilla.

Docentes, padres de familia y Alumno le agradecemos el apoyo.


Directora




Subdirectora


Maestra Auxiliar

Ada Lili Mejia
1213199200060
Madre

Gerardo Bonilla
Padre 1213198900037

Josue Magdrel Bonilla
0307201600933
Alumno participante



REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

El infrascrito Registrador Civil Municipal CERTIFICA que en el Archivo de nacimientos que se tiene en esta oficina; se encuentra el acta de nacimiento número:

0	3	0	7	-	2	0	1	3	-	0	0	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 027 del tomo 00079
Número de Identidad

del Año 2013 y que pertenece a:

a) BONILLA b) MEJIA
Primer Apellido *Segundo Apellido*
c) JOSUE MAGDIEL SEXO F ☐ M ☒
Nombre

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) DISTRITO CENTRAL b) FRANCISCO MORAZÁN c) HONDURAS
Municipio *Departamento* *País*
d) ONCE e) ENERO f) 2013
Día *Mes* *Año*

2.) Número de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad del padre:

N. Identidad: 1213-1989-00031

a) BONILLA b) MANZANAREZ
Primer Apellido *Segundo Apellido*
c) GERARDO d) HONDUREÑA
Nombre *Nacionalidad*

3.) Número de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad de la madre:

N. Identidad: 1213-1992-00060

a) MEJIA b) TURCIOS
Primer Apellido *Segundo Apellido*
c) ADA LILI d) HONDUREÑA
Nombre *Nacionalidad*

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en LAMANI COMAYAGUA
Municipio *Departamento*

a los: VEINTICUATRO días del mes de ENERO

del DOS MIL VEINTICUATRO







República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 07/05/2018

RTN: 18041970017696

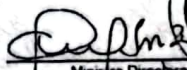
JENNY SULAY MACIAS CRUZ

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- 2912049

Transacción: 9CE035



Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamaniacaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° **01653**

RECIBO POR LPS. 1,225.00

YO Variedades Mental

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, _____

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 1,225.00

EN LETRAS Mil Doscientos Veinti y cinco Lempiras

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: Compra de un par de zapatos, una camisa de uniforme,
un par de calcetines, una Faja) para un estudiante de bajo recursos
del centro educativo LIC. IVIS Rolando Arias del barrio
plattel.

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 08 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

Jenni Macias

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Lamani, Comayagua, Honduras C.A.

E-mail: municipalidadlamani@gmail.com

RTN: 03079003030828

8 7 21

BOLETA DE COMPRA No.

000-001-11-00000351

Nombre del Proveedor: Jenny Suley Macías

Identidad/RTN: 1804-1970-01769

Numero de Telefono: _____

Domicilio: _____

Datos del Adquiriente Exonerado

Número de Orden De Compra Exenta: _____

Número Constancia De Registro de Exonerados: _____

Número Registro de la SAG: _____

CANT.	DESCRIPCIÓN	Precio Unitario	TOTAL
1	Camisa Uniforme	L. 300.00	L. 300.00
1	Par de Zapatillas Escolares	550.00	550.00
1	Camiseta Poca y	165.00	165.00
1	Par de calcetas Escolares	30.00	30.00
1	Faja de niño	180.00	180.00

RANGO AUTORIZADO: 000-001-11-00000301 / 000-001-11-00000400

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 09/11/2024

CAI: 8BA429-957AAA-4846AD-ABC0AB-B4991C-DD

SUB-TOTAL

TOTAL

Cantidad en letras Al Doscientos Veinti
y cinco Cienavos

Original: Cliente /Copia: Obligado Tributario Emisor
LA FACTURA ES BENEFICIO
DE TODOS ¡EXIJALA!

Jenny Macías
FIRMA



Alcaldía Municipal de Lamani
Departamento de Comayagua
Tel: 2777-2002

SOLICITUD DE CAJA CHICA

Fecha: 08 /07/2024

Proyecto: Ayuda Social

Reciba un extensivo saludo deseándole éxitos en sus labores diarias y muchas bendiciones en tan delicadas funciones.

Por este medio le **SOLICITO** muy respetuosamente se le efectuó el pago por Lps.680.00 a nombre de **ASTRID FAVIOLA CASTRO GUILLEN**, con DNI.0307-1990-00038, propietaria de Farmacia Lamani. Por concepto 20 tabletas de rowatinex y 30 tabletas de Spasmoclyl para ser entregados al Señor Leocadio Hernández Bazán por problemas en la próstata.

Nota: adjunto facturas diferentes porque en una se compró el primer medicamento y en la otra el segundo no había en una sola farmacia.

Gracias por la atención a la presente me suscribo de usted.

Muy atentamente,

Sr. Flavio Varela
Encargado de Caja Chica



Nelly María Bonilla
Alcaldesa Municipal





MUNICIPALIDAD DE LAMANÍ

DEPARTAMENTO DE COMAYAGUA

TEL.: 2777-20-02

SOLICITUD DE AYUDA

Yo Heroldo Hernandez Bazar con numero de
Identidad 0307-7946-00089 Solicito una ayuda econo-
mica para comprar medicamento que apare-
ce en la factura, porque tengo problemas en
la preste la y compro este medicamento cada
mes y no cuento con un trabajo para cubrir dicho gasto. Con
domicilio en: Las Basas. Número de
teléfono: _____.

Dado en Lamaní, Comayagua a los 41 días del mes 06 del 2024.

Heroldo Bazar

FIRMA DEL SOLICITANTE





Departamental de salud 03 Comayagua.

6 Villa san Antonio, Municipio Lamaní

UAPS Valladolid, Municipio Lamaní

Nombre. Leocadio Hernandez

Exp 'ID. 0307-1946-00089.

Edad. 77 Fecha 13/6/24

TX 1) Rowatmax 1 tab uo
9 hrs x 50"

15 feb.

2) Spasmocyl 1. 1 tab uo
9 hrs x 16 d.

3)

30 feb

4)

5)



Nombre/ Firma profesional y sello

Farmacia Lamani
Frente a la Escuela Esperanza
Moreno de Santos
RTN:03071990000383,
LamaniComayagua
27772009
3224-9170

farmacialamani@gmail.com
Original Cliente /Copia Obligado
Tributario Emisor

FACTURA

1-0-01-00036142

CAI #

65E8CB-160FAB-7045B4-C9EE8A-F1C49E-
F6

RTN: 03079003030828
Nombre: MUNICIPALIDAD DE
LAMANI
MUNICIPALIDAD DE
LAMANI

Dirección:

Fecha: 14/06/2024 Hora: 02 01 43 p m

Cajero: 001 POS # 1

Vendedor: *

Artículos : 30 ID #: 22739

CAN	DESCRIPCION	P.U.	VALOR
30	Spasmocyl 40mg 740101090312 2	L. 22 57	L. 677 10

Desc L -197.10
30 @ L. 16.00

Subtotal	L. 677.10
Descuentos y Rebajas Otorgado	L. 197 10
Importe Exento	L. 480 00
Importe Exonerado	L. 0 00
Gravado ISV 15%	L. 0 00
Gravado ISV 18%	L. 0 00
ISV 15%	L. 0 00
ISV 18%	L. 0.00
Total	L. 480 00

Efectivo Recibido L. 480 00
Cambio L. 0.00

Cuatrocientos ochenta Lempiras

OC Exenta # 0
Const Regis Exonerado # 0
Registro SAG # 0

Fecha limite emision 00000023/03/2025
Rango autorizado 000-002-01-00030501
a 000-002-01-00040500



Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanielcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA
N° **01654**

RECIBO POR LPS. 680 Lps

YO Astrid Fabiola Castro

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 0307-1990-00038

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 680 Lps

EN LETRAS seientos ochenta lempiras

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: compra de 20 tabletas de rovatnex y 20 tabletas de spasmoclyl para ser entregados al señor Leoncio Hernandez con identidad 0307-1946-00089 ya que este mal de salud con problemas de prostata.

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 8 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

Astrid Fabiola Castro
FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamani Departamento de Comayagua

SOLICITUD

CAJA CHICA
Su Oficina

Reciba un cordial saludo, deseándole éxitos en sus labores diarias y muchas bendiciones en su vida personal.

La Oficina Municipal de la UMA, Por este medio le **SOLICITA:** muy respetuosamente, el pago por Lps 600.00 a la Señor **LEANDRO AMADOR CRUZ**, DNI: **0307-1960-00040**, por concepto de prestar los servicios de fumigación contra zancudo del dengue, en centros educativos del municipio de Lamani los días 6 y 7 de junio de año 2024.

De antemano agradeciendo su atención a la presente.

Atentamente,

Nelly Maria Bonilla
Alcaldesa Municipal



Flavio Cesar Varela
Caja Chica



Luis Angel Velasquez
Jefe UMA



Nombre del Sub-Receptor:	ALCALDIA MUNICIPAL DE LAMANI TESORERIA DE LA MUNICIPALIDAD DE LAMANI LAMANI COMAYAGUA TELEFONO 577788
FORMATO PLANILLA DE PAGO A JORNALES	

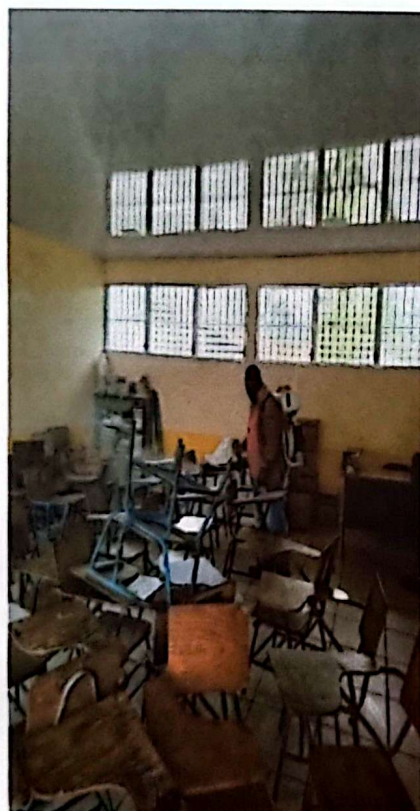
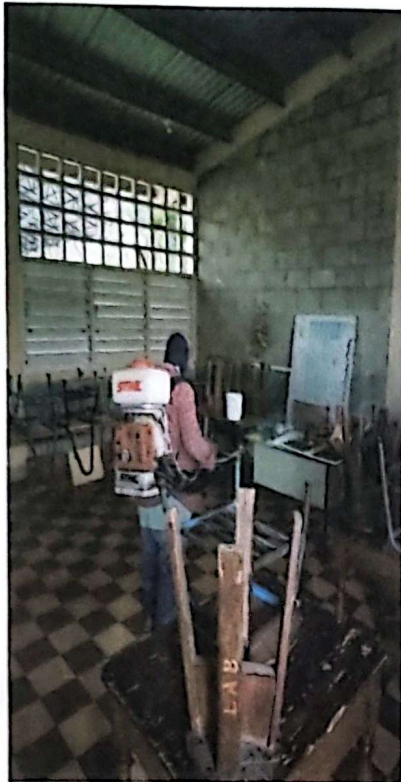
ACTIVIDAD REALIZADA:	Fumigacion del zancudo trasmisor del Dengue en centros educativos	6 y 7 de junio del 2024
LUGAR: DEPARTAMENTO DE COMAYAGUA	ALDEAS Y BARRIOS DEL MUNICIPIO DE LAMANI	

No.	NOMBRE	CARGO	VIATICOS			HOTEL			TRANSPORTE			SUMA TOTAL	No. IDENTIDAD	SEDE	FIRMA
			DIAS DE VIAJE	ASIGNACION DIARIA	TOTAL PAGADO	DIAS DE VIAJE	ASIGNACION DIARIA	TOTAL PAGADO	IDA Y REGRESO	ASIGNACION DIARIA	TOTAL PAGADO				
1	Leandro Amador Cruz	FUMIGADOR	2	L. 300.00	L. 600.00							L. 600.00	0307-1960-00040	BO. PARAISO	<i>Leandro Amador</i>
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
TOTAL A PAGAR															
					L. 600.00			L. 0.00				L. 0.00	L. 600.00		



APROBADO POR: La Corporacion Municipal Lamani







Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanialcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° 01655

RECIBO POR LPS. 600.00

YO Leandro Amador Cruz

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 0307-1960-00040

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 600.00

EN LETRAS Seiscientos Lempires

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: Servicios de Fumigación contra zancudo del
denque en centros educativos del municipio de
la Mani.

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 9 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

Leandro Amador Cruz

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Lamaní, Depto. De Comayagua.

09 de julio de 2024

Solicitud de Pago

Estimado.
Flavio Varela

Saludándole cordialmente y deseándole éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio me dirijo a usted muy respetuosamente para solicitar el pago por la cantidad de L. 264.00 a POLLO MASTER por la compra de alimentación para Celeste Sánchez y Denia García (ambas empleadas municipales) ya que por motivos laborales no contaron con el tiempo para poder ir a sus viviendas a almorzar.


Merly Karina
Encargada de RRHH


Flavio Varela
Encargado de Caja Chica


Nelly María Bonilla Velásquez
Alcaldesa Municipal



Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.

E-Mail: municipalidadlamaní@gmail.com



POLLO MASTER

SUPER DELICIOSO Y DORADITO

Lamani, Comayagua, Calle Principal, Contiguo a Tecnilab
½ Cuadra antes del Parque Central / RTN: 12041990000298

Tel: 2777-2100 / E-mail: charlotteduron@gmail.com

CAI: 27537B-6588DC-6C4CAE-603AB1-592AB4-4A

Factura: Contado ☐ Crédito ☐

N° 004-002-01-00003028

DÍA	MES	AÑO
09	07	24

Datos del Adquiriente Exonerado

No. O/C Exenta _____ No. Registro de Exonerado _____ No. de Registro de la SAG _____

Cliente: Alcaldia Municipal Lamani

Direccion: _____

RTN: 0307 9003 030828

Cant.	DESCRIPCION	Prcio U.	TOTAL
	Alimentacion		264 00

Son: Seiscientos Cuatro

Karina Esquivel



Rango Autorizado: 004-002-01-00002951 A 004-002-01-00003250

Fecha Límite de Emisión: 17/01/2025

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS ¡EXIALA!

Importe Exonerado L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	239 56
Importe Gravado 18% L.	
I.S.V. 15% L.	34 44
I.S.V. 18% L.	
Descuento y Rebaja L.	
TOTAL A PAGAR L.	264 00

Original: Cliente Copia: Obligado Tributario Emisor



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.

E-Mail: municipalidadlamani@gmail.com



Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanialcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA
N° 01656

RECIBO POR LPS. 264.00

YO Pollo Master

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 12041990000298

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 264.00

EN LETRAS Doscientos sesenta y cuatro Lempiras

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: compra de alimentación para celeste Sanchez y
Dante Betla Lombas empleados de la alcaldia municipal) yo que
por motivos laborales no contaron con el tiempo para poder
ir a sus viviendas a almorzar

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 9 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 1

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Lamaní, Depto. De Comayagua.

09 de julio de 2024

Solicitud de Pago

Estimado.
Flavio Varela

Saludándole cordialmente y deseándole éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio me dirijo a usted muy respetuosamente para solicitar el pago por la cantidad de L. 674.00, por la compra de producto de alacena, agua en botellones para colocar en oasis para consumo de personal de reunión y para hacer café para reuniones, baterías para micrófonos.


Merly Karina David
Encargada de RRHH




Flavio Varela
Encargado de Caja Chica




Nelly María Bonilla Velásquez
Alcaldesa Municipal



Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.

E-Mail: municipalidadlamani@gmail.com

Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.

E-Mail: municipalidadlamani@gmail.com

Alcaldia Municipal de Lamani Comayagua

Barrio El Centro, frente al Parque Central
Lamani, Comayagua, Honduras C.A.

E-mail: municipalidadlamani@gmail.com

RTN: 03079003030828

TE.: 2777-2002

DIA	MES	AÑO
9	7	24

BOLETA DE COMPRA No.

000-001-11-00000352

Nombre del Proveedor: Virgilio Echeverría Martínez

Identidad/RTN: 0307-1964-00085

Numero de Telefono: _____

Domicilio: _____

Datos del Adquiriente Exonerado

Número de Orden De Compra Exenta: _____

Número Constancia De Registro de Exonerados: _____

Número Registro de la SAG: _____

CANT.	DESCRIPCIÓN	Precio Unitario	TOTAL
6	Libros de Azúcar		75.00
7	Bolsa de Café		150.00
3	Bolsa de Pan		105.00
1	Paquete de Cucharilla		20.00
2	Paquete de Vasos		40.00
3	Botellones de Agua		84.00
5	Pares de batallas		200.00

RANGO AUTORIZADO: 000-001-11-00000301 / 000-001-11-00000400

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 09/11/2024

CAI: 8BA429-957AAA-4846AD-ABC0AB-B4991C-DD

SUB-TOTAL

TOTAL

Cantidad en letras: Setecientos setenta y cuatro lempiras

Original: Cliente / Copia: Obligado Tributario Emisor
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS ¡EXJALA!

Virgilio Echeverría
FIRMA



Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanielcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° 01657

RECIBO POR LPS. 674.00

YO Virgilio Galeas Martinez

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 0307-1964-00085

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 674.00

EN LETRAS seiscientos setenta y cuatro Lempires

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: compra de producto de alocenajagua en botellones
para colocar en oasis para consumo del personal de reunión
y para hacer café para reuniones de corporación, baterías
para microfonos.

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 9 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

Virgilio Galeas Martinez

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Lamaní, Depto. De Comayagua.

9 de Julio de 2024

Solicitud de Pago

Saludándole cordialmente y deseándole éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio me dirijo a usted muy respetuosamente para solicitar el pago por la cantidad de **L. 600.00** a la empresa **FERRETERIA MERCY** con RTN: 03071970000844 del propietario **GERMAN HIDELL SANTOS BONILLA** con numero de identidad: 0307-1970-00084 por la compra de 6 Candelas que fueron instaladas en el Departamento de Tesorería, Oficina del Vice Alcalde y Oficina de secretaria ya que las que tenia anteriormente ya no funcionaban.

Agradeciendo de antemano.

Saludos cordiales.


Firma y Sello del Solicitante


Sr. Flavio Varela
Encargado de Caja Chica


Nelly María Bonilla Velásquez
Alcaldesa Municipal

Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.

E-Mail: municipalidadlamani@gmail.com



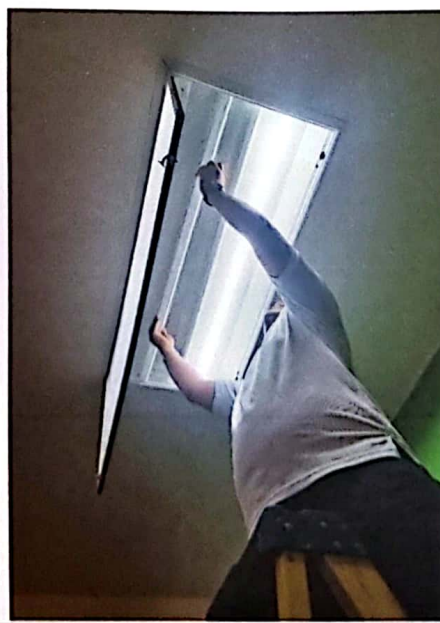
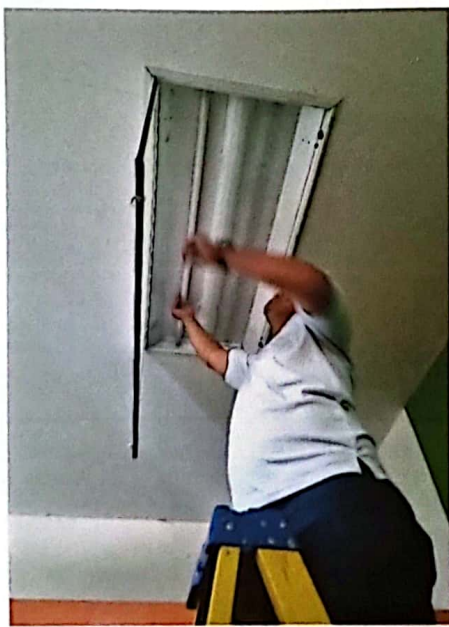
Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Anexo Fotografico



Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.

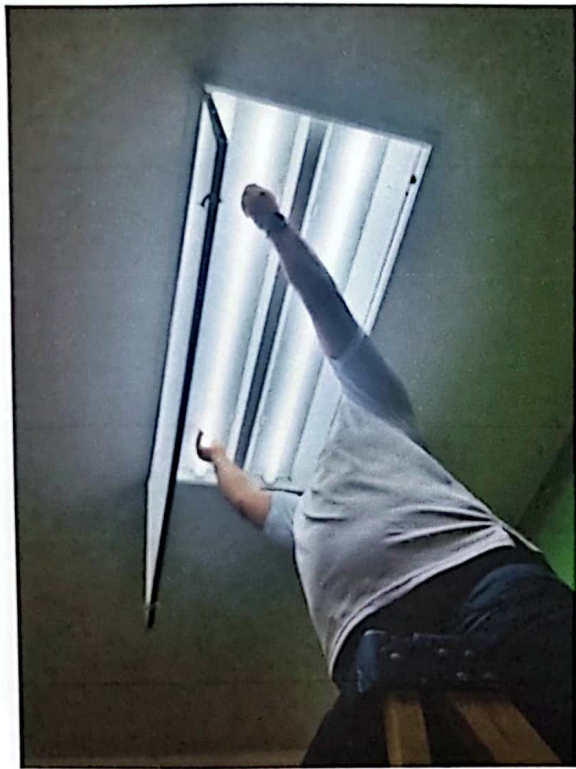
E-Mail: municipalidadlamani@gmail.com



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.
E-Mail: municipalidadlamani@gmail.com

R.T.N. 03071970000844



CONTADO ☒ **CREDITO** ☐

R.T.N.:

GRAFICOS Y MAS DE DOUBLAS FLORES 1 1/2 CUADRA AL ESTE DE IGLESIA LA MERCEDR.T.H. 07031979012632 /H" CERT. 9231-15-10500-140/ CEL:2722-0061 / 9954-5333

Escaneado con CamScanner



Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanialcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° **01658**

RECIBO POR LPS. 600.00

YO Ferretería Mercy

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 03071970000844

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 600.00

EN LETRAS seiscientos ceros

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: Compra de 6 candelas que fueron
instaladas en el departamento de tesorería, oficina
Vice Alcalde y oficina de secretaría ya que las que
tenía anteriormente ya no funcionaban.

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 9 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

German Santos
FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Lamaní, Depto. De Comayagua.

19 de Julio de 2024

Solicitud de Pago

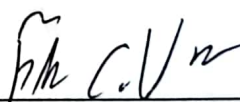
Estimado.

Flavio Varela

Saludándole cordialmente y deseándole éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio me dirijo a usted muy respetuosamente para solicitar el pago por la cantidad de **L. 506.79** a nombre de **FARMACIA SIMAN S.A**, con Numero **RTN 0501-9999-180979** por la compra de medicamento para dar como ayuda social, cuyos datos de la persona se detallan en los datos adjuntos.

Merly Karina David
Administración


Flavio Varela
Encargado de Caja Chica




Nelly María Bonilla Velásquez
Alcaldesa Municipal



Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.

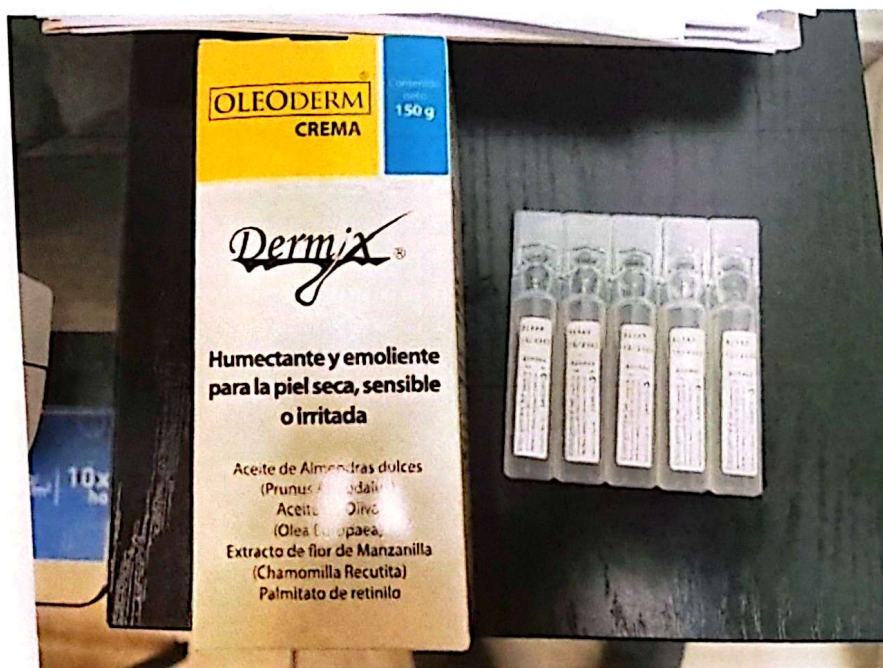
E-Mail: municipalidadlamani@gmail.com



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.

E-Mail: municipalidadlamani@gmail.com

REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL "SANTA TERESA"
RECETARIO NACIONAL

Serie "B" Nº 29004

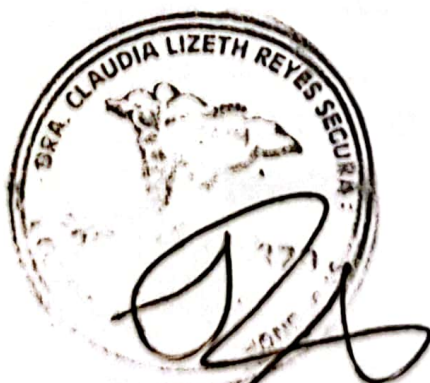
Fecha	15/7/24		
Paciente	Gerardo Pérez Latorre		
No. Expediente	0307	2023	00121
Edad:	102	Sexo:	M
Cama:			
Servicio Sala:	Trauma		
C.E.	Emerg.		

- omeprazol 3 veces/día

- Enterogermina 1 Vía

c/d x 5 días

#5 (cinco)



Firma y Registro

Despachado por:

DA
O DE
777-2

DL

Solic
do f
Lp
Dime
o L

días



MUNICIPALIDAD DE LAMANÍ

DEPARTAMENTO DE COMAYAGUA

TEL.: 2777-20-02

SOLICITUD DE AYUDA

Yo Gerardo Oscar Pérez con numero de
Identidad 0307-1998-00134 Solicito Ayuda para comprar
medicamento a mi hijo Gerardo Pérez Centar de 10 meses
de edad para podicimianto en la piel (Tratamiento Dermatológico)
y medicamento para combatir Diarrea
Con
domicilio en: Bonio El Paraíso Lamaní. Número de
teléfono: 93253181.

Dado en Lamaní, Comayagua a los 17 días del mes Julio del 2024.

Gerardo Pérez
FIRMA DEL SOLICITANTE

V.B. Nelly...



MUNICIPALIDAD DE LAMANI

DEPARTAMENTO DE COMAYAGUA

TEL.: 2777-20-02

CONSTANCIA DE RECIBIDO

Yo Gerardo Ocaso Perez, con numero de Identidad
0307-1998-00134. Recibí conforme por parte de la Alcaldía
Municipal de Lamani Medicamento para tratar podocimicento
en la piel de mi hijo y tambien para curar diarreya.

Documento que será firmado por ambas partes.

Dado en Lamani, Comayagua a los 17 días del mes Julio del año
dos mil veinticuatro (2024).



Nelly María Bonilla Velásquez
Alcaldesa Municipal



Gerardo Pérez
Beneficiario

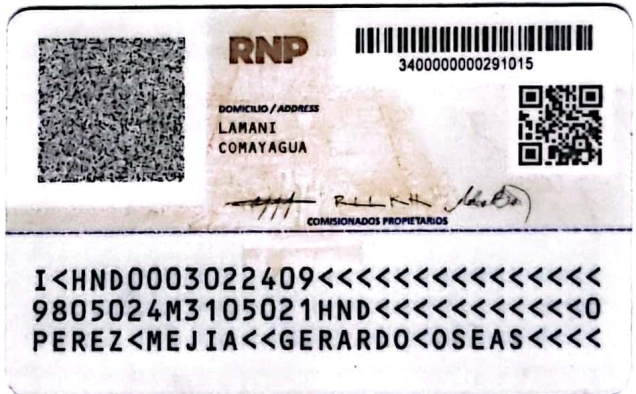
REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL "SANTA TERESA"
RECETARIO NACIONAL
Serie "B" N° 29004

Fecha	15/7/24		
Paciente	Gerardo Pérez Latorre		
No. Expediente	0302	2022	00121
Edad:	102	Sexo:	M
Cama:			
Servicio Sala:	1-1-1-1		
C.E.	Emerg.		

- oído derecho 3 veces/día
- Enteroquina 1 vez
c/d x 5 días
#5 (cinco)



Firma y Registro _____ Despachado por: _____





FACTURA
SUPER FARMACIA SIMAN S.A.
COMAYAGUA 02

BARRIO CABAÑAS, 1 CUADRA Y MEDIA AL NORTE DEL HALL PREMIER

Oficina Principal

BARRIO EL BENQUE, 5 CALLE, 6 AVENIDA S.O., SAN PEDRO SULA, CONTÉ, SAN PEDRO SULA

TELS: 2553 0321 / 3300 5138 Ext. 4093

R.T.N.: 05019999180979

Correo: representantelegalsisul@farsiman.com

FACTURA: 085004 01 00124769

C.A.I.: 0-4714 C72KE 33420A 3E4E46 A26SCC 9C

Rango Autorizado: 085004 01 00120001 a 085004 01 00180000

Fecha Límite de Emisión: 28/07/2025

Original Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

R.T.N. / Ident.: 03079003030828

Nombre: ALCALDIA MUNICIPAL LAMANI

Adquiriente Exonerado:

No Orden de Compra Exenta

No Constancia Reg. Exonerado:

No Registro SAG:

Código: 91772934

17 julio 2024

12:28 p.m.

Vendedor: LUIS REYES CHINCHILLA

CF001-0000 CONTADO

ALCALDIA MUNICIPAL LAMANI

OLEO DERM CREMA 150 G(ND)

1.00 FC L. 363.85

L. 272.89

ENTEROGERMINA X 1 AMP (ND)

5.00 UN L. 53.04

L. 198.90

IMPORTE EXONERADO L.: 0.00

IMPORTE EXENTO L.: 0.00

IMPORTE GRAVADO 15% L.: 597.95

IMPORTE GRAVADO 18% L.: 0.00

2 DESCUENTOS POR PRODUCTO L.: 157.26

DESCUENTOS TERCERA EDAD L.: 0.00

PROMQ. DESC. EFECTIVO L.: 0.00

DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L.: 157.26

SUB TOTAL L.: 410.26

TRANSPORTE L.: 30.43

SUB TOTAL+TRANSPORTE L.: 440.69

IMPUESTO SELECTIVO 18% L.: 0.00

I.S.V. 15% L.: 66.10

TOTAL A PAGAR L.: 506.79

Valor en Letras: QUINIENTOS SEIS LEMPIRAS CON SETENTA Y NUEVE CENTAVOS

USTED SE AHORRÓ L.: 157.26

Con tu tarjeta de crédito Simán BonPais, recibes un cash back de L. 50.68

ALCALDIA MUNICIPAL LAMANI

PUNTOS GANADOS: 410

PUNTOS ACUMULADOS: 6047

Stickers A Ganar

2

Stickers A Acumular

4

Gira y Gana Julio - Agosto 2024

Boletos canjeados: 0 | Boletos que puede canjear: 60

EFFECTIVO

Cambio: 0.00

506.79





Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanialcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° **01659**

RECIBO POR LPS. 506.79

YO Formacio Simon

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 05019999180979

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 506.79

EN LETRAS Quinientos seis con setenta y nueve centavos

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: Compra de medicamentos para dar como ayuda social, al señor Ricardo Perez con numero de identidad 0307-1998-00134 ya que su hijo esta enfermo.

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 19 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME



Alcaldía Municipal de Lamaní

Departamento de Comayagua

Tel: 2777-2002



Lamaní, Depto. De Comayagua.

23 de Julio de 2024

Solicitud de Pago

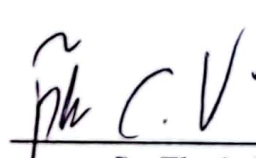
Saludándole cordialmente y deseándole éxitos en sus funciones diarias.

Por este medio me dirijo a usted muy respetuosamente para solicitar el pago por la cantidad de **L. 43.21** a Mercadito Elizabeth del propietario Ángel Omar Moreno Bonilla con numero de identidad: 0307-1981-00039 por la compra de un bote de Azistin Limpiox ya que será utilizado para la limpieza de la municipalidad por el personal de limpieza.

Agradeciendo de antemano.

Saludos cordiales.

Firma y Sello del Solicitante


Sr. Flavio Varela
Encargado de Caja Chica





Nelly María Bonilla Velásquez
Alcaldesa Municipal

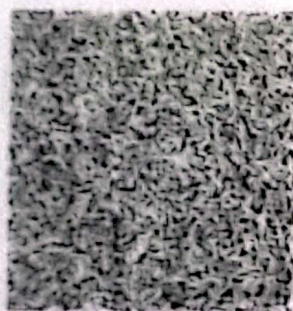


Dirección: Bo. El Centro, frente al Parque Central Lamaní, Comayagua, Honduras C.A.

E-Mail: municipalidadlamani@gmail.com



100



RNP

COMAYAGUA



3400000000290529

**COMISIONADOS PROPIETARIOS**

I<HND0003017540<<<<<<<<<<<<<<
8103088M3103083HND<<<<<<<<<<<4
MORENO<BONILLA<<ANGEL<OMAR<<<





Municipalidad de Lamani
Departamento de Comayagua, Honduras C.A.
Barrio el centro frente al Parque Central
Tele-fax.: 2777-2002
E-mail: lamanialcaldia@yahoo.es

RECIBO CAJA CHICA

N° 01660

RECIBO POR LPS. L. 43.21

YO Mercedito Elizabeth

CON NUMERO DE IDENTIDAD/RTN, 0307-1981-00039

RECIBI DE MUNICIPALIDAD DE LAMANI, COMAYAGUA LA CANTIDAD DE LPS. 43.21

EN LETRAS Cuarenta y tres con veinte y uno centavos

CON NUMERO DE CHEQUE _____

POR CONCEPTO DE: Compra de un bote de Azistim y se sera utilizado
para la limpieza de la municipalidad por el personal
de limpieza

PARA CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMO LA PRESENTE, EN LAMANI,

COMAYAGUA A LOS 23 DIAS DEL MES DE Julio AÑO 202 4

Angel Omar Moreno
FIRMA O HUELLA DE RECIBIDO CONFORME