



Honduras, C.A.

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



Emisión: 06/05/2024
Hora : 04:27 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9556

L.: 1,499.99

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 7731

Fecha de Emision: 6/5/2024

No.Cheque/Nota de Debito: 7802

Paguese 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

Descripcion:

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

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

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	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:

Firma y Sello de Tesoreria:

Recibido por: Keilyn Ramirez
Identidad No.: 1613-19900001

ASI NETWORK S DE RL
C.I. 1518901217975
7-8420 / 9393-6624

0s+js/f9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrdYg30XH/m+8ScvmjOnR51AIOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VipFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgjZuzFpoNAA0tGQ7Y=



FACTURA
#000-001-01-00918273

Numero de Cliente: 3067

Asociación de Servicios de Internet S de R.L

Modelo Descentralizado de Salud
Barrio el centro contiguo a mavaqui

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

RTN Cliente: 16139011360075

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

Emisión: 2024-05-01 00:00:00
Vencimiento: 2024-05-06 00:00:00
Fecha de Corte: 2024-05-01 00:00:00

Fecha Limite de Emision: 2024-09-28

CAI: E7F2F6-5BB4D3-D242B0-64B074-4EFB34-00
Rango Autorizado: 000-001-01-00799001 / 000-001-01-00939000

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 5/2024	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 24.84=1\$
Favor realizar los depósitos a las siguientes cuentas:
Banco del Pais 01-090-000150-7
Factura de crédito
ORIGINAL: CLIENTE
COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR
TODO 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 LEMPTRAS CON 99 CENTAVOS



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	<input checked="" type="checkbox"/>	Productores Importadores de Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/>	Productor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Exportador	<input type="checkbox"/>	Distribuidor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Imprentas	<input type="checkbox"/>	Importador Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Prestamista	<input type="checkbox"/>		

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 DE 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



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

Oficina San Pedro Sula, Honduras, C.A.
 Carretera Armenta entre la UTH - ALTIA
 Telefono: (504) 2544-0601 ,3175-0476

R.T.N. 16189012479757

Lps. **1,499.99**

Recibo N# 202391839

MIÉRCOLES 08 DE 05 DE 2024

RECIBIMOS DE: Modelo Descentralizado de Salud (J007)

POR CONCEPTO DE: Pago del servicio de internet correspondiente al mes de : Mayo de 2024

TOTAL DEBO	1,499.99	SALDO ACT.	1,499.99
BANCO	Banpais	ABONO	1,499.99
# CHEQUE	7802	SALDO ACT.	0.00

COPIA Emitido :2024-05-08 15:14:35

ASI NETWORK

16189012479757

79-8420 / 393-9624

RECIBIDO POR

Keylin Ramirez

Esta funcionalidad ya se encuentra disponible en la [Aplicación Móvil del SAR](#).



ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007802

6 de mayo de 2024
Lugar y Fecha **MACUELIZO**

ASOCIACION DE SERVICIOS DE INTERNET ASI NETWORK S DE RL **1,499.99**

Páguese a la orden de

UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras



[Handwritten signature]
Firma (s)

⑆0 100 1 150⑆000 1090000 2503⑆0000 7802

CONCEPTO DEL PAGO Pago por servicio de internet de las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud correspondiente al mes de

PAGO DE Pago por servicio de internet de las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud correspondiente al mes de Mayo de 2024 1,499.99

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

CHEQUE No. 00007802
[Handwritten signature]
TESORERO MUNICIPAL



[Handwritten signature]
AUTORIZADO POR

ASI NETWORK
RTN: 15189012170757
79-8420 / 393-9624
[Handwritten signature]
RECIBI CONFORME
1613-1990-0001

Documento Fiscal Válido



OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN: 16189012479757

Nombre o Razón Social: ASOCIACION DE SERVICIOS DE INTERNET S. DE R.L.

Nombre Comercial: ASI NETWORK

Teléfono: 25440601 31750476

Email: infofacturacion@asinetworkhn.com

Dirección de Casa Matriz: BARRIO:EL CENTRO, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: II, MUNICIPIO: QUIMISTAN, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

Dirección de Establecimiento: DIRECCION: EL CENTRO, PRINCIPAL, No. II, MUNICIPIO: QUIMISTAN, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

GENERALES

Número del Documento: 000-001-01-00918273

Fecha de Autorización: 28/09/2023

Modalidad: SFC Independiente Fijo

Tipo de Documento: FACTURA

Fecha de Vencimiento: 28/09/2024

CAI: E7F2F6-5BB4D3-D242B0-64B074-4EFB34-00

Desde (Rango Autorizado): 000-001-01-00799001

Hasta (Rango Autorizado): 000-001-01-00939000

TRIBUTAR ES PROGRESAR

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn



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



Emisión: 06/05/2024
Hora : 04:29 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9557
L: 16,030.39

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7732
Fecha de Emisión: 6/5/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7803
Pague a: Empresa Nacional de Energía Eléctrica /ENEE Id/RTN: 08019003249825
La Cantidad en Letras: DIECISEIS MIL TREINTA CON TREINTA Y NUEVE CENTAVOS

Descripción:

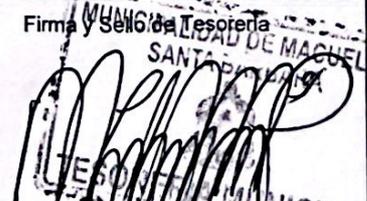
Pago de servicios de Energía eléctrica de los Establecimientos de Salud: 355714 Macuelizo , 361419 Sula , 352711 Casa Quemada ,321480 Ciruelo, 475516 Libertad , 1256659 Abundancia, Oficinas del Modelo Descentralizado de Salud 1167315 correspondiente al mes de Abril 2024.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 21110 14-012-01	Suministro de Energía Eléctrica	16,030.39

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	16,030.39
Monto Total:		16,030.39

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	16,030.39
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	16,030.39

Firma y Sello de Presupuestario:  
 Firma y Sello de Alcaldesa (sa):  
 Firma y Sello de Tesorera:  

Recibido por: Para pago en Energía
Identidad No.: _____



ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT

Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007803

6 de mayo de 2024

MACUELIZO

Lugar y Fecha

Empresa Nacional de Energía Eléctrica /ENEE

16,030.39

L

Páguese a la orden de

DIECISEIS MIL TREINTA CON TREINTA Y NUEVE CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Banco del País, S.A.

[Handwritten signature]
Firma (s)

7803

⑆01001150⑆00010900002503⑆00007803

CONCEPTO DEL PAGO Pago de servicios de Energía eléctrica de los Establecimientos de Salud: 355714 Macuelizo , 361419 Sula , 321480 Ciruelo, 475516 Libertad , 1256659 Abundancia, Oficinas del Modelo Descentralizado de Salud 1167315 con Abril 2024.

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	PAGO DE Pago de servicios de Energía eléctrica de los Establecimientos de Salud: 355714 Macuelizo, 361419 Sula, 321480 Ciruelo, 475516 Libertad, 1256659 Abundancia, Oficinas del Modelo Descentralizado de Salud 1167315 correspondiente al mes de Abril 2024.			16,030.39

CHEQUE No. 00007803

BALANCE



RECIBI CONFORME

**MEDIDORES DE ENERGIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD
MACUELIZO, SANTA BARBARA**

Nº de Clave	Nombre Establecimiento de Salud	Monto
355714	Macuelizo	824.17 ✓
361419	Sula	450.93 ✓
352711	Casa Quemada	38.09 ✓
321480	Ciruelo	1722.68 ✓
475516	Libertad	2668.63 ✓
1256659	Abundancia	1006.87 ✓
1167315	Unidad Técnica	9319.02
TOTAL		16,030.39

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

011647730

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.

PAGO DE ENEE

BANCO DEL PAIS/ 90
CIUDAD :QUIMISTAN
CLAVE :361419
NIS :3361419
NOMBRE DEL ABOGADO :MINIST SALUD CENTRO DE SA
TRANSACCION :PAGO SERVIC. ENERGIA
FECHA Y HORA :07-05-2024 10:07:47

TOTAL PERIOD SIN ISV:450.93
IMPUESTO SOBRE VENTA:0.00
TOTAL A PAGAR :450.93

ID. BP :0004696626
ID PASARELA :73847743
CHECKSUM:
MDYfDazNjEONTIMdcwNTImjRNDUwLjkz
CAJERO :02285

*****BANCO DEL PAIS*****
AGENCIA LA FLECHA
02285 HN71773 TRX:5702 AUT:178789
NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE CAJERO
*****SELLO ELECTRONICO*****

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

011647729

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.

PAGO DE ENEE

BANCO DEL PAIS/ 90
CIUDAD :QUIMISTAN
CLAVE :355714
NIS :3355714
NOMBRE DEL ABOGADO :MINIST.SALUD
TRANSACCION :PAGO SERVIC. ENERGIA
FECHA Y HORA :07-05-2024 10:07:16

TOTAL PERIOD SIN ISV:824.17
IMPUESTO SOBRE VENTA:0.00
TOTAL A PAGAR :824.17

ID. BP :0004696621
ID PASARELA :73847706
CHECKSUM:
MDYfDazNTUMTRNDcWNTImjRDIOLjE
CAJERO :02285

*****BANCO DEL PAIS*****
AGENCIA LA FLECHA
02285 HN71773 TRX:5702 AUT:166786
NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE CAJERO
*****SELLO ELECTRONICO*****

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

011647731

PAGO DE ENEE

BANCO DEL PAIS/ 90
CIUDAD :QUINISTAN
CLAVE :352711
NIS :3352711
NOMBRE DEL ABOGADO :MINIST SALUDCENTRO DE SAL
TRANSACCION :PAGO SERVIC. ENERGIA
FECHA Y HORA :07-05-2024 10:08:28

TOTAL PERIOD SIN ISV:38.09
IMPUESTO SOBRE VENTA:0.00
TOTAL A PAGAR :38.09

ID. BP :0004696633
ID PASARELA :73847785
CHECKSUM:
NDYfDAzNTINTFMDcwHTIwMjRNzguMDk
CAJERO :02285

*****BANCO DEL PAIS*****
AGENCIA LA FLECHA
02285 HN71773 TRX:5702 AUT:171805
NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE CAJERO
*****SELLO ELECTRONICO*****

No es válido sin la certificación e impresión del sistema electrónico del Banco.

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

011647732

PAGO DE ENEE

BANCO DEL PAIS/ 90
CIUDAD :QUINISTAN
CLAVE :321480
NIS :3321480
NOMBRE DEL ABOGADO :MINIST SALUDCENTRO DE SAL
TRANSACCION :PAGO SERVIC. ENERGIA
FECHA Y HORA :07-05-2024 10:09:30

TOTAL PERIOD SIN ISV:1,722.68
IMPUESTO SOBRE VENTA:0.00
TOTAL A PAGAR :1,722.68

ID. BP :0004696637
ID PASARELA :73847848
CHECKSUM:
NDYfDAzHjE00DBMDcwHTIwMjRNTcyNi0A
CAJERO :02285

*****BANCO DEL PAIS*****
AGENCIA LA FLECHA
02285 HN71773 TRX:5702 AUT:169806
NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE CAJERO
*****SELLO ELECTRONICO*****

No es válido sin la certificación e impresión del sistema electrónico del Banco.

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

011647733

PAGO DE ENEE

BANCO DEL PAIS/ 90
CIUDAD :QUINISTAN
CLAVE :475516
NIS :3475516
NOMBRE DEL ABOGADO :MINIST SALUD CENTRO DE SA
TRANSACCION :PAGO SERVIC. ENERGIA
FECHA Y HORA :07-05-2024 10:10:03

TOTAL PERIOD SIN ISV:2,668.63
IMPUESTO SOBRE VENTA:0.00
TOTAL A PAGAR :2,668.63

ID. BP :0004696642
ID PASARELA :73847888
CHECKSUM:
NDYfDAONzUNTZNDcuNTIwHjRNjYOCWu
CAJERO :02285

*****BANCO DEL PAIS*****
AGENCIA LA FLECHA
02285 HN71773 TRX:5702 AUT:164817
NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE CAJERO
*****SELLO ELECTRONICO*****

... para la impresión del sistema electrónico del Banco. ... DEL CLIENTE SOLICITADO

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

011647734

PAGO DE ENEE

BANCO DEL PAIS/ 90
CIUDAD :QUINISTAN
CLAVE :1256659
NIS :1256659
NOMBRE DEL ABOGADO :SECRETARIA DE SALUD
TRANSACCION :PAGO SERVIC. ENERGIA
FECHA Y HORA :07-05-2024 10:10:36

TOTAL PERIOD SIN ISV:1,006.87
IMPUESTO SOBRE VENTA:0.00
TOTAL A PAGAR :1,006.87

ID. BP :0004696648
ID PASARELA :73847920
CHECKSUM:
NDYfDEyHTYNTINDcuNTIwHjRMTAwHiNw
CAJERO :02285

*****BANCO DEL PAIS*****
AGENCIA LA FLECHA
02285 HN71773 TRX:5702 AUT:179827
NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE CAJERO
*****SELLO ELECTRONICO*****

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

011647735

PAGO DE ENEE

BANCO DEL PAIS/ 90

CIUDAD :QUIMISTAN
 CLAVE :1167315
 NIS :1167315
 NOMBRE DEL ABOGADO :MUNICIPALIDAD MACUELIZO S
 TRANSACCION :PAGO SERVIC. ENERGIA
 FECHA Y HORA :07-05-2024 10:11:16

TOTAL PERIOD SIN ISV:9,319.02
 IMPUESTO SOBRE VENTA:0.00
 TOTAL A PAGAR :9,319.02

ID. BP :0004696653
 ID PASARELA :73847965
 CHECKSUM:
 NDYfDExNjczNTVNDcmHTIwNjROTNxOSuNg
 CAJERO :02285

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

AGENCIA LA FLECHA
 02285 HN71773 TRX:5702 AUT:155834
 NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE CAJERO
 *****SELLO ELECTRONICO*****

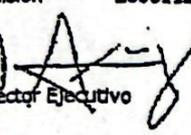
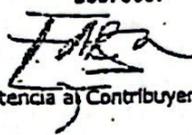
VERIFIQUE ANTES DE FIRMAR QUE EL NÚMERO DE CUENTA INDICADO PERTENECE AL NOMBRE DEL CUENTE SOLICITADO
No es válido sin la certificación e impresión del sistema electrónico del Banco.



REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE FINANZAS
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INGRESOS
REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL

No.Doc. 412-74687

Basé 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

NOMBRE DEL INSCRITO		R.T.N.	
EMPRESA NAC DE ENERGIA ELECTRICA		08019003243825	
INSCRIPCIONES.			
Venta y/o Selectivo	<input checked="" type="checkbox"/>	Máquina Tragamoneda	<input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/>	Imprentas	<input type="checkbox"/>
Fecha Emisión	20061127	Fecha Vencimiento	20070607
 Director Ejecutivo		 Jefe Departamento de Asistencia al Contribuyente	



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



Emisión: 06/05/2024
Hora : 04:30 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9558

L.: 2,000.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 7733

Fecha de Emision: 6/5/2024

No.Cheque/Nota de Debito: 7804

Paguese a: JOSE HUMBERTO MURILLO PEREZ

Id/RTN: 16261985005911

La Cantidad en Letras: DOS MIL CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Revisión, Diagnostico, Mantenimiento y Reparación de Data-Show asignado a Equipo Técnico Coordinador.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 23360 14-012-01	Mantenimiento y Reparación de Equipo de Oficina y Muebles	2,000.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	2,000.00
Monto Total:		2,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		2,000.00
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		2,000.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcaldе (sa)

Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por: José Humberto Murillo Pérez
Identidad No.: 1626-1985-00591



0s+jsf9JmexcG081jMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYU/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/n+8ScrmjOrR51tAIOwldleqnazw44VvNctRcRKV VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgzUzFpoNAA0tGQ7Y=

MODELO DESCENTRALIZADO MUNICIPIO MACUELIZO.
REGION DEPARTAMENTAL N: 16; SANTA BARBARA.
RED N1: QUIMISTAN.
Tel: 98399688. pazmarlon108@gmail.com

SOLICITUD.

Macuelizo, 20 de Abril 2024.

Lic: Suyapa Jacqueline Trejo Cordon.
Alcaldesa Municipalidad Macuelizo.
Santa Barbara.
Su Oficina.

Estimada Licda.
Reciba un cordial Saludo.

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle el **Mantenimiento y Reparación del Proyector (DATA SHOW) Marca EPSON** ya que dicho equipo esta en mal estado y es de mucha utilidad para brindar Charlas en Centros educativos, Establecimientos de salud y también se utiliza en cada reunión de ESFAM y Mesa Intersectorial.

Contando con su pronta Respuesta y sin otro particular me despido de Usted.

Atentamente:




Tec. Mañon Paz.
Coordinador de Promoción.
Municipio Macuelizo

Bº Centro, Macuelizo, Santa Bárbara, Contiguo a la Municipalidad Macuelizo, Santa Bárbara, Honduras C.A.



JOSE HUMBERTO MURILLO
Inversiones Murillo

...Deja tu solución en nuestras manos...



Instalación y Mantenimiento de: Sistemas video-vigilancia, Redes de Datos y PC's. & sistemas Eléctricos tecnológicos.

Macuelizo S.B.

23/04/2024

Municipalidad de Macuelizo. - CONTACTO: Edenia Romero – Cel: 96689382 - correo:

Cantidad	Descripcion del producto	Precio
1	Revisión Diagnostico, mantenimiento, reparación de Data-Show dañado	L. 2,000.00
	-----UL-----	

Cotizacion Valida por 7 dias, todo proyecto aprobado debera pagar el 50% por anticipado.

	L. 2,000.00
Impuesto 15%	N/A
Total equipos y materiales	
Mano de obra	L. 2,000.00
Total cotización	L.2,000.00

Firma y Sello



INVERSIONES MURILLO, E-MAIL: murilloinversiones963@gmail.com MACUELIZO, SANTA BARBARA, TELEFONO: 93937199
RTN: 1626-1985-005911



JOSE HUMBERTO MURILLO

Inversiones Murillo

...Deja tu solución en nuestras manos...



Venta, Instalación y Mantenimiento de: Sistemas video-vigilancia, Redes de Datos y PC's. & sistemas Fríos y Eléctricos tecnológicos.

Macuelizo S.B.

25/04/2024

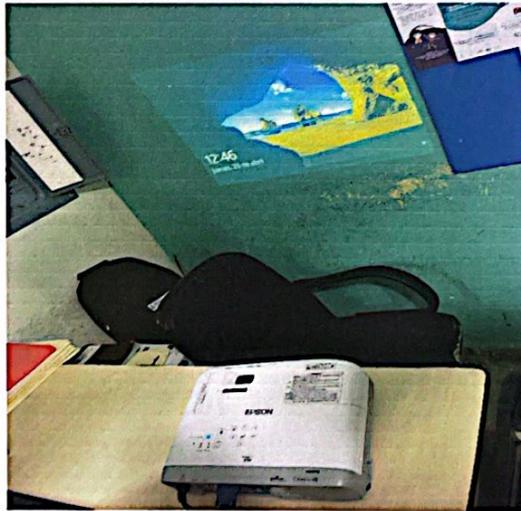
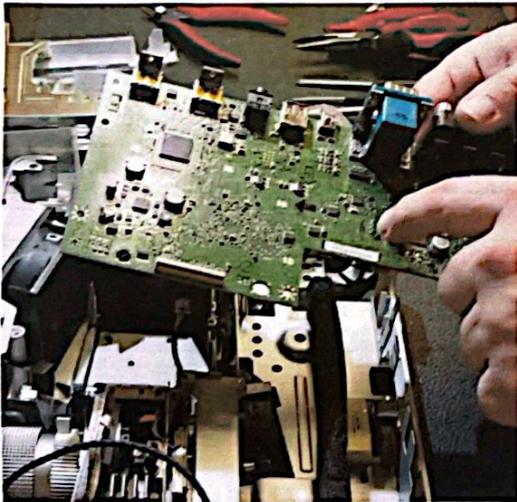
Municipalidad de Macuelizo. - CONTACTO: Edenia Romero – Cel: 96689382 - correo:

Orden de trabajo e informe.

Cantidad	Descripción del producto	Precio
1	Revisión Diagnostico, mantenimiento, reparación de Data-Show dañado De la unidad de Descentralizados de Salud.	L. 2,000.00
	-----UL-----	

Se recibe Equipo dañado sin conseguir salida de video de ninguno de sus puertos.

Se procede a hacer respectivas pruebas y se determina que sus puertos estan quemados. Se realiza cambio de dos de sus puertos reparables quedando funcionando un puerto VGA y un puerto HDMI 2, para el funcionamiento del mismo y entregandolo funcionando en su oficina. El 25 de abril de 2024, para efectos de garantia de un mes sobre los puertos reparados del mismo procedemos a recomendar el uso de un protector de corriente debido a los altos problemas energeticos en la zona, los aparatos deben al menos usar un supresor de picos, regulador de voltaje o Bateria UPS.



Firma y Sello



INVERSIONES MURILLO, E-MAIL: murilloinversiones963@gmail.com MACUELIZO, SANTA BARBARA, TELEFONO: 93937199
RTN: 1626-1985-005911

JOSE HUMBERTO MURILLO PEREZ

R.T.N. 16261985005911



Tel: 9393-7199

E-mail: murilloinversiones963@gmail.com

Col. Las Brisas, Cuadra y Media a la Izquierda de la Escuela General Luis Bogran, Macuelizo, Santa Bárbara, Honduras, C. A.

IMPRESA SIGRA, L.E.C, TEL. 2661-2349 // 9992-6949 // 2661-3949
R.T.N. 0401974008267, CERTIFICADO N° 9231-22-10500-111

CAI: 943CBF-B8BAAB-934AA1-6378E5-83426F-12
RECIBO POR HONORARIOS PROFESIONALES

Lps. 2,000.⁰⁰

No. 000-001-04-00 N° 000412

Recibí de: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO R.T.N. 16139011360075

Dirección: MACUELIZO S.B. DIA 25 MES 04 AÑO 24

La Suma de: DOS MIL EXACTOS Lempiras

Por concepto de: SERVICIOS TECNICOS, REPARACION DE PROYECTOR

Monto Honorarios Brutos Percibidos L. /

Monto Retención en su caso L.

Monto Neto Recibido L. 2,000.⁰⁰



Handwritten signature and date: 01/02/2025

Documento Fiscal Válido



OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN: 16261985005911

Nombre o Razón Social: JOSE HUMBERTO MURILLO PEREZ

Nombre Comercial: JOSE HUMBERTO MURILLO PEREZ

Profesión u Oficio: TECNICO, COMPUTADORAS

Teléfono: 93937199

Email: murilloinversiones963@gmail.com

Dirección de Casa Matriz: BARRIO: COLONIA LAS BRISAS, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: 8, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

Dirección de Establecimiento: DIRECCION: COLONIA LAS BRISAS, PRINCIPAL, No. 8, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN: 04011974008267

Nombre Comercial: CARVAJAL PESQUERA LILIAN YAMILETH

GENERALES

Número del Documento: 000-001-04-00000412

Fecha de Autorización: 01/02/2024

Modalidad: Impresión por Imprenta

Tipo de Documento: RECIBO POR HONORARIOS

Fecha de Vencimiento: 01/02/2025

CAI: 943CBF-B8BAAB-934AA1-6378E5-83426F-12

Desde (Rango Autorizado): 000-001-04-00000401

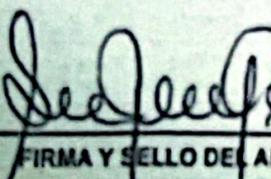
Hasta (Rango Autorizado): 000-001-04-00000450

TRIBUTAR ES PROGRESAR

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

VALIDO HASTA: 31-12-2024


FIRMA Y SELLO DEL ALCALDE



SIGMA R.T.M. 06011963021289 TELEFAX 2041-2111

CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO S. B.

El suscrito, HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Jose Humberto Murillo

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 005155

Macuelizo S.B 05 Enero

Lugar y Fecha

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA



201-23-10500-75192

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

Nombre y Apellido o Razón Social: **MURILLO PEREZ JOSE HUMBERTO**
Con Registro Tributario Nacional: **16261985005911**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-23-10500-75192 en fecha 22/08/2023, y Recibo Oficial de Pago No. 25416551632 de fecha 22/08/2023 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 27726038496, presentada el 02/05/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. 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 **201-23-10500-75192** o mediante el siguiente código QR:





República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 03/09/2021

RTN: 16261985005911

JOSE HUMBERTO MURILLO PEREZ

Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	<input type="checkbox"/>	Productores Importadores de Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/>	Productor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Exportador	<input type="checkbox"/>	Distribuidor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Imprentas	<input type="checkbox"/>	Importador Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Prestamista	<input type="checkbox"/>		

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- 3580050

Transacción: 139CC8



ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007804

6 de mayo de 2024
Lugar y Fecha

MACUELIZO

JOSE HUMBERTO MURILLO PEREZ

2,000.00

Páguese a la orden de

DOS MIL CON CERO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



[Handwritten signature]
Firma (s)

⑆01001150⑆00010900002503⑆00007804

CONCEPTO DEL PAGO visión, Diagnostico, Mantenimiento y Reparación de Data-Show asignado a Equipo Técnico Coordinador.

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	PAGO DE Revisión, Diagnostico, Mantenimiento y Reparación de Data-Show asignado a E. Coordinador			2,000.00

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
SANTA BARBARA
CHEQUE No. 00007804
[Handwritten signature]

BALANCE
ALCALDESA MUNICIPAL
MACUELIZO, SANTA BARBARA
AUTORIZADO
[Handwritten signature]

RECIBI CONFORME
Jose Murillo
9393-7199
[Handwritten signature]



MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

Depto. de Santa Bárbara

RTN: 16139011360075

Tel/Fax. (504) 9833-3030



PERMISO

No: 043/2024

Propietario: JOSE HUMBERTO MURILLO PEREZ

RTN: 16261985005911

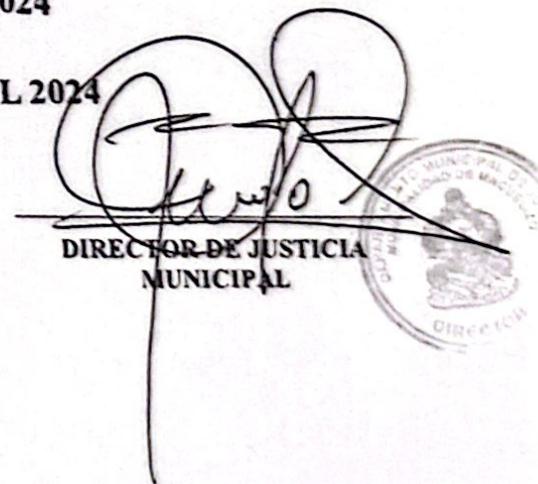
Residencia: MACUELIZO, SANTA BARBARA

Clase de Negocio: INVERSIONES / MURILLO

Extendido en Macuelizo, Santa Bárbara, a los 05 días

Del mes de ENERO del 2024

VALIDO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024





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



Emisión: 06/05/2024
Hora : 04:30 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9559

L.: 1,139.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 7734

Fecha de Emision: 6/5/2024

No.Cheque/Nota de Debito: 1805

Paguese a: DELMY NOHEMY MURCIA MARTINEZ

Id/RTN: 04131981001743

La Cantidad en Letras: UN MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Alimentación por Primera Monitoria realizada por Equipo Regional a los Establecimientos de Salud de Rosario y Libertad en fecha 22 de Abril 2024.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 31110 14-012-01	Productos Alimenticios y Bebidas	1,139.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	1,139.00
Monto Total:		1,139.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	1,139.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	1,139.00

Firma y Sello de Presupuesto:

Firma y Sello de Tesoreria:

Firma y Sello de Alcaldía:

Recibido por:

Identidad No.:

Delmy Noemy Murcia Martinez
0413 1981 00174



0s+jsf9JmexcG081jfmIvYIToXrFsHkyX6+b6J0ms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGnYK38XH/m+8ScyWpOw761tAIOwDleqnazw44VVNcRcRKV VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=



COMIDAS DE MI CASA

Fecha:

22/04/24

COTIZACION

Nombre del proveedor:

DELMY NOHEMY MURCIA MARTINEZ (COMIDAS DE MI CASA)

RTN

0413-1981-001743

Ciente:

Municipalidad de macuelizo

RTN (Cliente).

1613-9011-360075

Dirección y Número de Teléfono del Proveedor:

9989-6341
LA LIBERTAD, CALLEJONES, CONTIGUO A LA ESCUELA PRESENTACION CENTENO, MACUELIZO SANTA BARBARA

#	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD ORDENADA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	Almuerzos	10 UN.	113.9	1139.00
2	0	-	-	-
3	0	-	-	-
4	0	-	-	-
5	0	-	-	-
6	0	-	-	-
7	0	-	-	-
8	0	-	-	-
9	0	-	-	-
10	0	-	-	-
			GRAVADO	
IMPORTE GRAVADO 15% L.			990.44	
I.S.V. AL 15% L.			148.56	
TOTAL A PAGAR L.			1139.00	

Delmy Murcia

Firma y sello



Santa Bárbara, 15 de abril del 2024

Oficio-N° 267-2024 JRNo.16

Licenciada
Jacqueline Trejo
Gestor-Alcaldesa de Macuelizo, Santa Bárbara
Su Oficina.

Estimada Alcaldesa:

La presente es portadora de un cordial y fraterno saludo, deseándole éxitos en sus funciones.

Por este medio le informo que se realizara la I monitoria el 22 y 23 del presente año del periodo del 01 de enero al 31 de marzo del 2024.

Sin mas que agregar, es grato suscribirme.

Atentamente,


Dr. Jorge Antonio Perdomo Trejo
Director Regional de Salud
Santa Bárbara



C.c. Dr. Jorge Perdomo / Jefe de RISS
C.c. Licda Carla Lemus / Coord. DCG
C.c. Lic. Ever García / Coord. Municipal de Macueliza, Santa Bárbara
C.c. Archivo

Aldea Inguaya, Carretera Solida Hacia San Pedro Sula, Frente Asilo de Ancianos el Buen
Correo electronico: direccinregi16@gmail.com



amScanner

COMIDAS DE MI CASA

De: Delmy Nohemy Murcia Martinez R.T.N. 04131981001743

Tel: 9737-1808 E-mail: alberto12_16@hotmail.com

Bo. La Libertad Callejones, Calle Principal, Contiguo a la Escuela
Presentación Centeno, Macuelizo, Santa Bárbara, Hond. C. A.

CAI: 18CCB5-005A35-DB40A2-42F179-DC5979-63

Nº Factura 000-001-01-00 Nº 008231

Cliente: Municipalidad de Macuelizo

Dirección:

R.T.N: 1613-9011-360075

Datos del Adquiriente Exonerado

Número de Orden de Compra Exenta: _____

Número Constancia de Registro de Exonerados: _____

Número Registro de la SAG: _____

DIA	MES	AÑO
22	04	24

CANT.	DESCRIPCIÓN	P/UNIT.	DESCUENTOS Y REBAJAS	GRAVADO
10	Alimentación			990.44
CONTADO <input checked="" type="checkbox"/> CREDITO <input type="checkbox"/> FECHA LIMITE DE EMISIÓN 14/03/2025 Rango Autorizado 000-001-01-00008101 A 000-001-01-00008400 F/R: 14/03/2024 La Factura es Beneficio de Todos "Exíjala" Original: Cliente Copia: Obligado Tributario Emisor IMPRENTA SIGRA SISTEMAS GRAFICOS R. T. N. 04011974008267 Bo. Miraflores, La Entrada, Copán Tel: 2661-3949 // 2661-2349 CERTIFICADO 9231-22-10500-111			SUB-TOTAL L. IMPORTE EXONERADO L. IMPORTE EXENTO L. IMPORTE GRAVADO 15% L. IMPORTE GRAVADO 18% L. DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L. I.S.V. AL 15% L. I.S.V. AL 18% L. TOTAL A PAGAR L.	990.44 990.44 148.56 1139.00

SON: Mil Ciento treinta y Nueve Quetzales.

la funcionalidad ya se encuentra disponible en la [Aplicación Móvil del SAR](#).

Documento Fiscal Válido



OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN: 04131981001743
Nombre o Razón Social: DELMY NOHEMY MURCIA MARTINEZ
Nombre Comercial: COMIDAS DE MI CASA
Profesión u Oficio: OFICIOS NO ESPECIFICADOS
Teléfono: 97371808
Email: alberto12_16@hotmail.com
Dirección de Casa Matriz: BARRIO:ALDEA CALLEJONES, CALLE: PRINCIPAL , CASA NO.: S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento: DIRECCION: ALDEA CALLEJONES, PRINCIPAL , No. S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRESA

RTN: 04011974008267
Nombre Comercial: CARVAJAL PESQUERA LILIAN YAMILETH

GENERALES

Número del Documento: 000-001-01-00008231
Fecha de Autorización: 14/03/2024
Modalidad: Impresión por Imprenta
Tipo de Documento: FACTURA
Fecha de Vencimiento: 14/03/2025
CAI: 18CCB5-005A35-DB40A2-42F179-DC5979-63
Desde (Rango Autorizado): 000-001-01-00008101
Hasta (Rango Autorizado): 000-001-01-00008400

TRIBUTAR ES PROGRESAR

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn



LISTADO DE ASISTENCIA

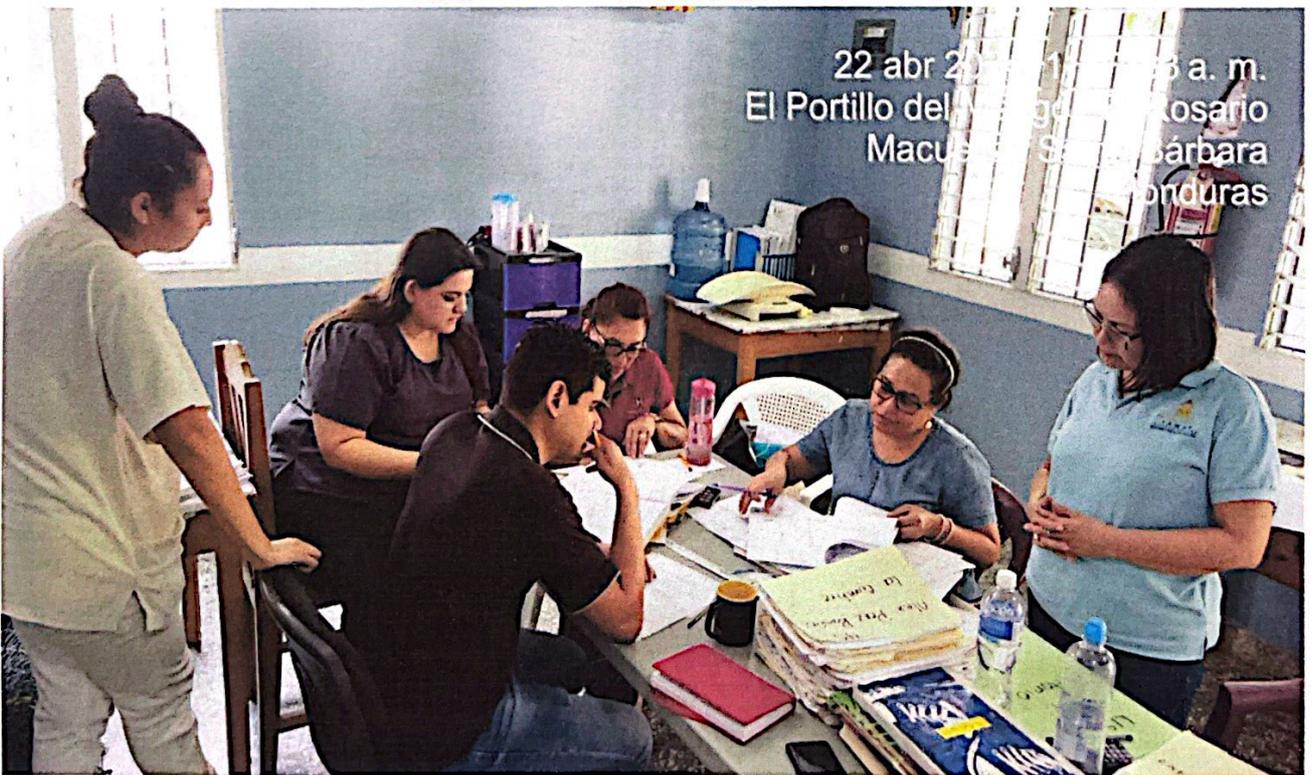


Confianza de la Buena Fe

Actividad: Monitoria Lugar: Rosario y Libertad

Fecha: 22/4/24 Responsable: Lic Carla Lemus

NO	Nombre completo	Cargo	Lugar	Firma
1	Maiton C. Paz Reyes	Coordinador P/S	Macuelizo	[Firma]
2	Edenia Beatriz Romero	Administradora	Macuelizo	[Firma]
3	Merys Yaneth Mejia	Asist. Administrativa	Macuelizo	[Firma]
4	Indi Vanessa Pineda	AIE Rosario	Rosario	[Firma]
5	Bianca Patricia Barrio	Formacion	Rosario	[Firma]
6	Mu. Jeannette Ramirez	NECUMAS	PA	[Firma]
7	Leticia Castellanos B	Supervisora	ECORMAC	[Firma]
8	Evelyn Alexandra Barrios	Coordinador	Macuelizo	[Firma]
9	Zamy Dagoberto Tabora	Supervisor	Macuelizo	[Firma]
10	Julian D. Mu. Pz	Medico Com.	El Comu	[Firma]
11	Aira Delia Arrarado	TAG	Sta Barbara	[Firma]
12	Jessica Paola Rivera	Tecnico UCG Reg.	Sta Barbara	[Firma]
13	Norman Escob	Motociclista	Santa Barba	[Firma]
14	Nubia Rodas	Farmacista	Libertad	[Firma]
15	Elder Ramirez	PIS	Libertad	[Firma]
16	Iris Mejia	PIS	Libertad	[Firma]
17	Vilma MARTINEZ	EIA	Libertad	[Firma]
18	KATHLEEN RODRIGUEZ	M.E	LIBERTAD	[Firma]
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				





22 abr 2024, 11:07:25 a. m.
El Pinar de Mangón, El Rosario
Municipalizo Santa Bárbara
Honduras



22 abr. 2024 10:02:14 a. m.
EL ROSARIO
Nueva Frontera
Santa Barbara
Altitud: 0.0m
Velocidad: 0.0km/h
Número de índice: 562



22 abr 2024 11:37:53 a. m.
EL ROSARIO
Nueva Frontera
Santa Barbara
Altitud:0.0m
Velocidad:0.0km/h
Número de índice: 563



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

RTN: 04131981001743

Nombre o Razón Social: DELMY NOHEMY MURCIA MARTINEZ

Domicilio Fiscal: CALLEJONES N. Casa:01

Representante Legal:

Actividad Económica Principal: No Obligados

Inscripciones

Ventas-Selectivo

Máquina Tragamoneda

Importador

Imprentas

Prestamista No Bancario

Fecha de Emisión: 20100429

Fecha de Vencimiento: 20100400



ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT

Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007805

6 de mayo de 2024

MACUELIZO

Lugar y Fecha

DELMY NOHEMY MURCIA MARTINEZ

1,139.00

L

Páguese a la orden de

UN MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE CON CERO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Banco del País, S.A.

Firma (s)

Dee Felipe *[Signature]*

⑆01001150⑆00010900002503⑆00007805

CONCEPTO DEL PAGO Alimentación por Primera Monitoria realizada por Equipo Regional a los Establecimientos de Salud de Rosario y Libertad
22 de Abril 2024.

PAGO DE Alimentación por Primera Monitoria realizada por Equipo Regional a los Establecimientos de Rosario y Libertad 1,139.00

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HÁBER

CHEQUE No. 00007805

[Signature]

BALANCE



AUTORIZADO POR

Dee Felipe

04/3 1981

Demelone

RECIBI CONFORME





MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

Depto. de Santa Bárbara

RTN: 16139011360075

Tel/Fax. (504) 9833-3030



PERMISO

No: 560/2024

Propietario: DELMY NOHEMY MURCIA MARTINEZ

RTN: 04131981001743

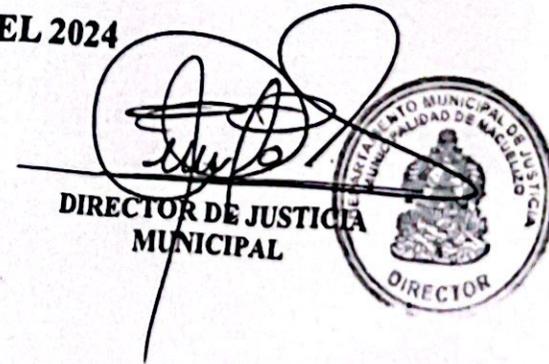
Residencia: CALLEJONES, MACUELIZO, SANTA BARBARA

Clase de Negocio: COMIDAS DE MI CASA

Extendido en Macuelizo, Santa Bárbara, a los 01 días

Del mes de FEBRERO del 2024

VALIDO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024





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



Emisión: 22/05/2024
Hora : 10:43 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9641

L.: 1,100.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 7791

Fecha de Emision: 22/5/2024

No.Cheque/Nota de Debito: 7876

Paguese a: HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN

Id/RTN: 16019002439731

La Cantidad en Letras: UN MIL CIEN CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Alimentación por Primera Monitoria realizada por Equipo Regional a los Establecimientos de Salud de UAPS Abundancia y Equipo Técnico Coordinador en fecha 23 de Abril 2024.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 31110 14-012-01	Productos Alimenticios y Bebidas	1,100.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	1,100.00
Monto Total:		1,100.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	1,100.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	1,100.00

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesoreria:

Firma y Sello de Alcalde (sa):

Recibido por:

Identidad No.: 16157488-00755



Gobierno de la República

Secretaría de Salud
Jefatura Regional
Región Sanitaria de Santa Bárbara
Año 2024



HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Santa Bárbara, 15 de abril del 2024

Oficio-N° 267-2024 JRNo.16

Licenciada
Jacqueline Trejo
Gestor-Alcaldesa de Macuelizo, Santa Bárbara
Su Oficina.

Estimada Alcaldesa:

La presente es portadora de un cordial y fraterno saludo, deseándole éxitos en sus funciones.

Por este medio le informo que se realizara la I monitoria el 22 y 23 del presente año del periodo del 01 de enero al 31 de marzo del 2024.

Sin mas que agregar, es grato suscribirme.

Atentamente,

Dr. Jorge Antonio Perdomo Trejo
Director Regional de Salud
Santa Bárbara



C.c. Dr. Jorge Perdomo / Jefe de RISS
C.c. Licda Carla Lemus / Coord. UCG
C.c. Lic. Ever Garcia / Coord. Municipal de Macueliza, Santa Bárbara
C.c. Archive

Aldea Inguaya, Carretera Salida Hacia San Pedro Sula, Frente Asilo de Ancianos el Buen
Correo electronico: direccinregi16@gmail.com



CamScanner

SULA INN

HOTEL & RESTAURANTE

COTIZACION

Proveedor HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN

Direccion SULA, MACUELIZO S.B.

RTN 16019002439731

Cliente ALCALDIA DE MACUELIZO

RTN 16139011360075..

Detalle			
Cantidad	Descripcion	Costo Unitario	Costo Total
4	ALMUERZOS		L 870.00
4	BEBIDAS		L 100.00
	IMPORTE GRAV 15%		L 870.00
	EXENTO		L 100.00
	4% turismo		
	15%isv		L 130.00
	Total		L 1,100.00

NOTA: Precio tentativo, sujeto a cambio

Nombre Lilian Sanchez

Firma y sello

Telefono 9731-3034 O 9683-9063



Cel. +504 9731-3034
Cel. +504 9765-0423



sulainn1982@gmail.com



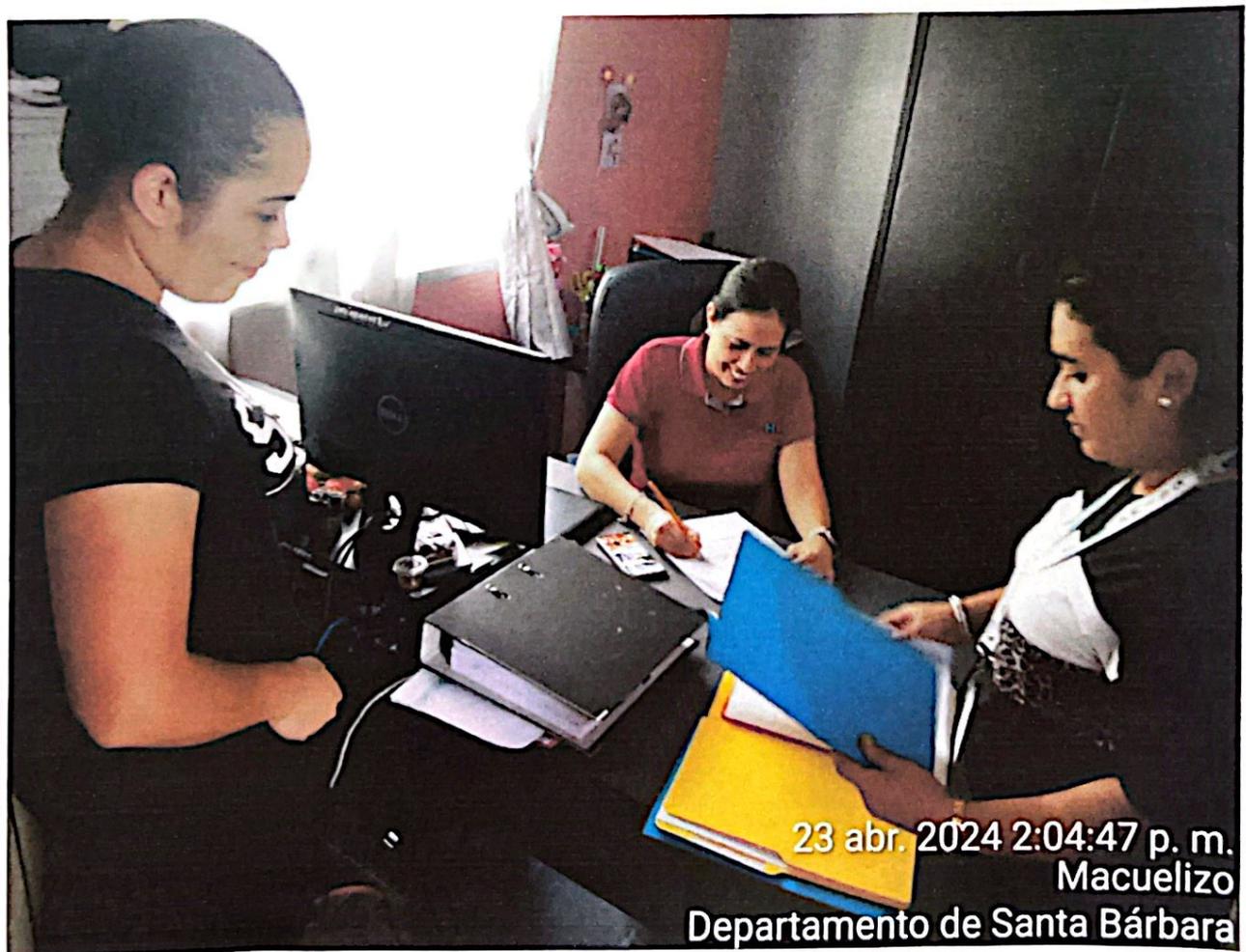
CA-4, Kilometro 72, Sula,
Macuelizo, Santa Barbara.

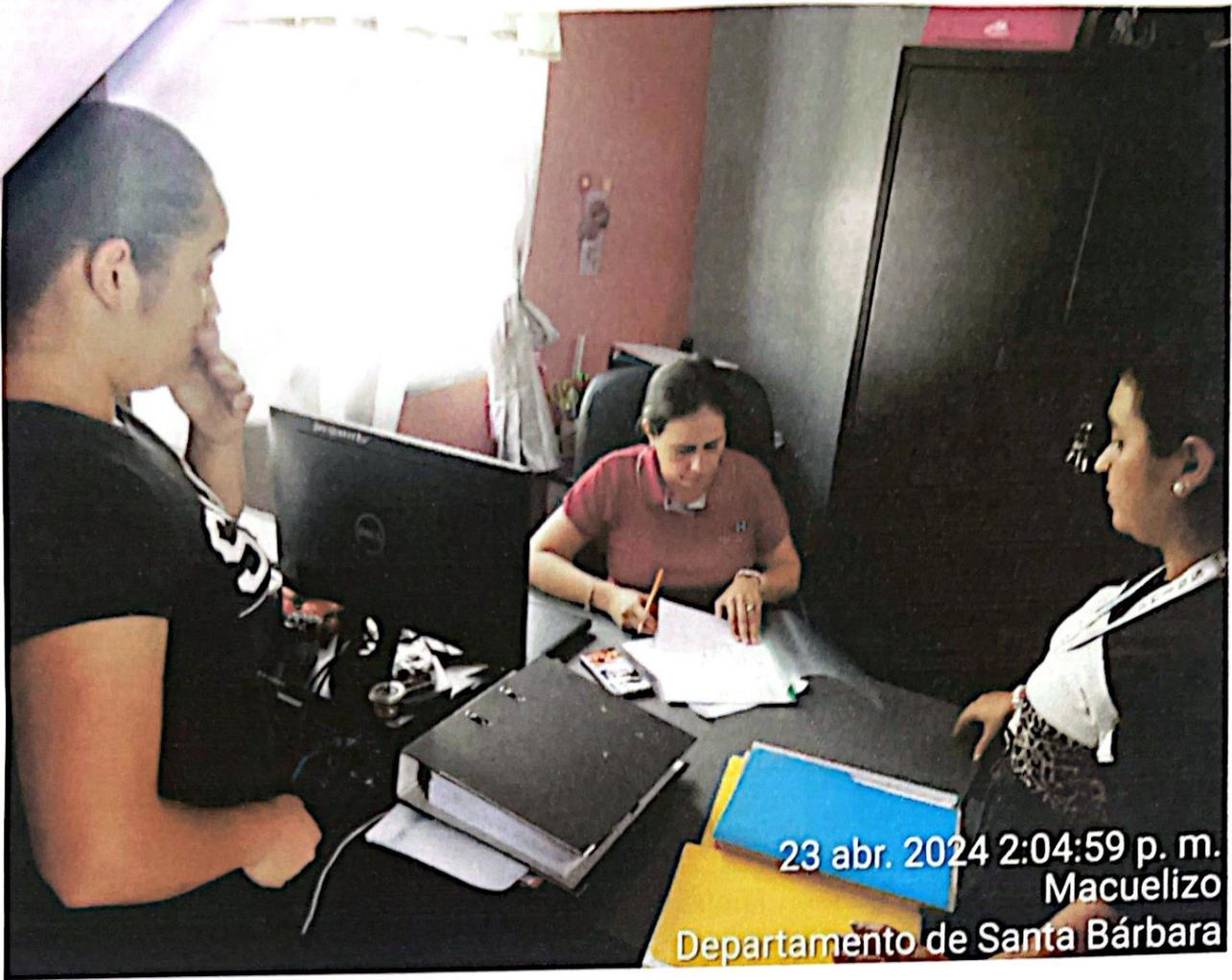


23 abr. 2024 2:02:16 p. m.
Macuelizo
Departamento de Santa Bárbara



23 abr. 2024 2:02:30 p. m.
Macuelizo
Departamento de Santa Bárbara





23 abr. 2024 2:04:59 p. m.
Macuelizo
Departamento de Santa Bárbara

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 N^o 111472

Fecha: 29 de Abril del 20 24

Cliente: Alcaldia de Macuelizo

R. T. N. 1613 90 1136 0075

Dirección:

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNIT.	TOTAL
4	Almucizos		870.00
4	Bebidas		100.00
CONTADO <input type="checkbox"/> CRÉDITO <input type="checkbox"/> La Factura es Beneficio de Todos, "Exijala" CAI: DC82BD-1BBADD-624C97-4EE750-0EB599-40 Fecha de Recepción: 13/03/2024 Fecha Límite de Emisión: 13/12/2024 Rango Autorizado: 000-001-01-00110101 000-001-01-00112600		SUB-TOTAL L.	
		Importe Exonerado L.	
		Importe Exento L.	100.00
		DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L.	
		Importe Gravado 15 % L.	870.00
		Importe Gravado 18 % L.	
		I. S. V. 15 % L.	130.50
		I. S. V. 18 % L.	
ORIGINAL: CLIENTE DUPLICADO AZUL: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR		TOTAL A PAGAR L.	1100.50
Son: Mil Cien 50/100			

IMPRESA SIGRA SISTEMAS GRAFICOS, L.E.C, TEL. 2661-2349 // 9992-6949 //
 2661-3949, R.T.N. 04011974008267, CERTIFICADO N° 9231-22-10500-111

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO		
N.º CORRELATIVO DE ORDEN DE COMPRA EXENTA	N.º CONSTANCIA DE REGISTRO DE EXONERADO	N.º DE REGISTRO DE LA SAG

dad ya se encuentra disponible en la [Aplicación Móvil del SAR](#).

Documento Fiscal Válido



OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN: 16019002439731

Nombre o Razón Social: HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Nombre Comercial: HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Teléfono: 26574157 96247320

Email: hotelsulainn@yahoo.com.mx

Dirección de Casa Matriz: BARRIO:ALDEA SULA, CALLE: OCCIDENTE, CASA NO.: S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

Dirección de Establecimiento: DIRECCION: ALDEA SULA, OCCIDENTE, No. S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRESA

RTN: 04011974008267

Nombre Comercial: CARVAJAL PESQUERA LILIAN YAMILETH

GENERALES

Número del Documento: 000-001-01-00111472

Fecha de Autorización: 13/03/2024

Modalidad: Impresión por Imprenta

Tipo de Documento: FACTURA

Fecha de Vencimiento: 13/12/2024

DC82BD-1BBADD-624C97-4EE750-0EB599-40

Desde (Rango Autorizado): 000-001-01-00110101

Hasta (Rango Autorizado): 000-001-01-00112600

TRIBUTAR ES PROGRESAR

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn



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

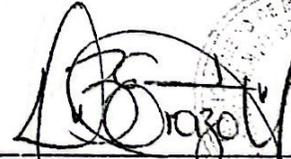
Clase de Negocio: RESTAURANTE

Extendido en Macuelizo, Santa Bárbara, a los 30 días

Del mes de ENERO del 2024

VALIDO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024


TESORERÍA S.S.


JEFE DE CONTROL TRIBUTARIO


DIRECTOR DE JUSTICIA
MUNICIPAL



MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

Depto. de Santa Bárbara

RTN: 16139011360075

Tel/Fax. (504) 9833-3030



PERMISO

No: 500/2024

Propietario: HOTEL SULA INN S. DE R.L.

RTN: 16019002439731

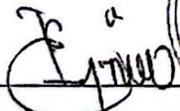
Residencia: SULA, MACUELIZO, SANTA BARBARA

Clase de Negocio: HOTEL

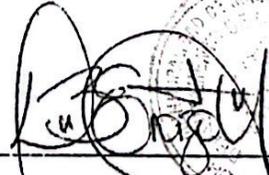
Extendido en Macuelizo, Santa Bárbara, a los 30 días

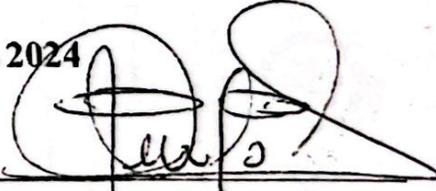
Del mes de ENERO del 2024

VALIDO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024


TESORERIA




JEFE DE CONTROL TRIBUTARIO


DIRECTOR DE JUSTICIA MUNICIPAL



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	<input checked="" type="checkbox"/>	Productores Importadores de Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/>	Productores Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Exportador	<input type="checkbox"/>	Distribuidor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Imprentas	<input type="checkbox"/>	Importador Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Prestamista	<input type="checkbox"/>		

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.

[Signature]
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- 3198593

Transacción: D1EFE9

LICENCIA SANITARIA

HN- LEA-0321-0051

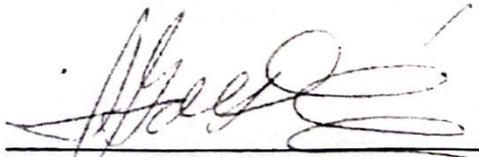
AUTORIZADA PARA:
BRINDAR SERVICIOS DE HOSPEDAJE, MANIPULAR
ELABORAR SERVIR Y VENDER ALIMENTOS Y
BEBIDAS LISTOS PARA EL CONSUMO.

AUTORIZA EL TRÁMITE DE: NUEVA LICENCIA SANITARIA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: HOTEL Y COMEDOR SULA INN
NOMBRE DEL PROPIETARIO: HOTEL Y COMEDOR SULA INN, S. DE R.L.
DIRECCIÓN EXACTA: FRENTE A CARRETERA INTERNACIONAL, KM 72 # 21,
ALDEA SULA MACUELIZO, SANTA BARBARA
FECHA DE EMISIÓN: 22/3/2021
NÚMERO DE EXPEDIENTE: ARSA-0221-R-L-0266

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN
MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO	
22/3/2025	


DRA. IRIS LORENA GALEANO BARRALAGA
COMISIONADA PRESIDENTE POR LEY
MEDIANTE ACUERDO No. 005-2021

ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDOR.

*Calle Los Alcañales, Frente al City Mall, Avenida 100 y 101
Comayagüela, Honduras, Centroamérica*



ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007876

23 de mayo de 2024
Lugar y Fecha

MACUELIZO

HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN

1,100.00

L

Páguese a la orden de

UN MIL CIENTO CON CERO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Firma (s)

⑆01001150⑆00010900002503⑆00007876

CONCEPTO DEL PAGO

Alimentación por Primera Monitoria realizada por Equipo Regional a los Establecimientos de Salud de UA
Equipo Técnico Coordinador en fecha 23 de Abril 2024.

PAGO DE Alimentación por Primera Monitoria realizada por Equipo Regional a los Establecimientos de UAPS Abundancia Técnica en fecha 23 de Abril 2024.

CUENTA Y SUB-CUENTA

CONCEPTO

PARCIAL

DEBE

HABER

CHEQUE No. 00007876

BALANCE

AUTORIZADO POR





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



Emisión: 22/05/2024
Hora : 10:43 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9642

L.: 627.50

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 7792

Fecha de Emision: 22/5/2024

No.Cheque/Nota de Debito: 7877

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

Id/RTN: 05029000001320

La Cantidad en Letras: SEISCIENTOS VEINTISIETE CON CINCUENTA CENTAVOS

Descripcion:

Pago de telefonía celular de Línea de teléfono asignada a Unidad Técnica de Salud durante el periodo del 04/04/2024 al 03/05/2024

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 21430 14-012-01	Telefonía Celular	627.50

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	627.50
Monto Total:		627.50

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		MONTO
SUBTOTAL		627.50
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		627.50

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Tesorería:

Firma y Sello de Alcalde (Sa):

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0s+js/j9JmexcG081jfmIvYTtoXrFsHkyX6+tb6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOwDleqnazw44VVNctRcRKV VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

FACTURA



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 mayo de 2024

Fecha de Emisión: 03 de mayo de 2024
N° de Factura: 000-311-01-15510270
Periodo Facturado: Del 04-04-2024 al 03-05-2024
CAI: 91625F-85CB96-4D48AA-B168B2-B8CBC6-B4

Valor total a pagar:

	L	627.50
*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	\$	21.99	\$	0.00	\$ 21.99
Subtotal	\$	21.99					
(-)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 24.8121				
Total Facturado del mes en Lempiras	L	627.50	Seiscientos VeintiSiete Lempiras con 50/100				
(-) Abonos del Periodo	L	0.00					
Total a pagar del mes	L	627.50					

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

Original: Cliente | Copia: Obligado Tributario Emisor

Puedes efectuar tus pagos en: Mi Cuenta
micuenta.tigo.com.hn



También en los siguientes bancos:

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

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: @tigo.com.hn | Número de factura: Fx | Exento Fx | Exonerado Gx | Gravable

Documento Fiscal Válido



OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN: 05029000001320

Nombre o Razón Social: TELEFONICA CELULAR S.A. DE C.V.

Nombre Comercial: CELTEL

Teléfono: 22658446 22658446

Email: representantelegal@tigo.com.hn

Dirección de Casa Matriz: BARRIO: COL. LOS ALMENDROS, CALLE: BOULEVARD MORAZÁN, CASA NO.: PLAZA TIGO, BLOQUE: N/A, MUNICIPIO: DISTRITO CENTRAL, DEPARTAMENTO: FRANCISCO MORAZAN

Dirección de Establecimiento: DIRECCION: COL. LOS ALMENDROS, BOULEVARD MORAZÁN, N/A, No. PLAZA TIGO, MUNICIPIO: DISTRITO CENTRAL, DEPARTAMENTO: FRANCISCO MORAZAN

GENERALES

Número del Documento: 000-311-01-15510270

Fecha de Autorización: 19/07/2023

Modalidad: SFC en Red Fijo

Tipo de Documento: FACTURA

Fecha de Vencimiento: 19/07/2024

CAI: 91625F-85CB96-4D48AA-B168B2-B8CBC6-B4

Desde (Rango Autorizado): 000-311-01-11500001

Hasta (Rango Autorizado): 000-311-01-17000000

TRIBUTAR ES PROGRESAR

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn



ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT

Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007877

23 de mayo de 2024

MACUELIZO

Lugar y Fecha

TELEFONICA CELULAR S.A. DE C.V.

627.50

Páguese a la orden de

L

SEISCIENTOS VEINTISIETE CON CINCUENTA CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Banco del País, S.A.

Firma (s)

[Handwritten signatures]

⑆0 100 1 150⑆000 1090000 250 3⑆0000 78 77

CONCEPTO DEL PAGO

03/05/2024

Pago de telefonía celular de Línea de teléfono asignada a Unidad Técnica de Salud durante el periodo del 04/04/2024 al 03/05/2024

PAGO DE Pago de telefonía celular de Línea de teléfono asignada a Unidad Técnica de Salud durante el periodo del 04/04/2024 al 03/05/2024 627.50

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

CHEQUE No. 00007877

BALANCE

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



RECIBI CONFORME

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

017787422

PAGO CELTEL

AGENCIA LA FLECHA

FECHA TRANSACCION 03-06-2024

HORA :11:29:47

NO. TELEFONO :94304450

SALDO ACTUAL :L.627.50

VALOR PAGADO :L.627.50

SECUENCIA TRANSACCION : 129

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

AGENCIA LA FLECHA

02155 HN69108 TRX:5728 AUT:403528

NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE CAJERO

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

No es válido sin la certificación e impresión del sistema electrónico del Banco.



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



Emisión: 22/05/2024
Hora : 10:45 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9643
L.: 8,640.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7793
Fecha de Emisión: 22/5/2024
No. Cheque/Nota de Débito: 7878
Páguese a: INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV
La Cantidad en Letras: OCHO MIL SEISCIENTOS CUARENTA CON CERO CENTAVOS

Id/RTN: 04019007083281

Descripción:

Pago a Laboratorio Patológico por lectura de 144 muestras de citologías correspondiente al mes de Abril 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 08 000 001 000 24130 14-012-01	Servicios Médicos	8,640.00

RETENCIONES		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		MONTO
CODIGO	DESCRIPCION	
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	8,640.00
Monto Total:		8,640.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		MONTO
SUBTOTAL		8,640.00
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		8,640.00

Firma y Sello de Presupuestario   Firma y Sello de Laborenza 

Recibido por: _____
Identidad No.: _____

0s+jsf9JmexcoG081jMlvyITtoXrFstHkyX6+fb6JOms0aLhx9QjHF3hccYU+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOwldleqazw44VWnctRcRkV
VlpFz7sQVjF7T8sV1KH8TzgJzUzFpoNAAOIGQ7Y=

ESTADO DE CUENTA MACUELIZO ABRIL 2024

N	Nombre del Paciente	Procedencia	Costo
1	Maria Delmy Lemus Mejia	Macuelizo	60.00
2	Berlina Santos M.	Macuelizo	60.00
3	Teresa Rivera	Macuelizo	60.00
4	Maria Lurbin Deras	Macuelizo	60.00
5	Lesly Carolina Nolasco	Macuelizo	60.00
6	Kimberly Gomez	Macuelizo	60.00
7	Keilin Rodriguez	Macuelizo	60.00
8	Isis Lohany Castillo	Macuelizo	60.00
9	Maria Adelina Varela	Macuelizo	60.00
10	Paula Marina Meza Herrera	Macuelizo	60.00
11	Yanina Yulieth Hernandez	Macuelizo	60.00
12	Maria Yolanda Melgar	Macuelizo	60.00
13	Nelly Alfaro Perez	Macuelizo	60.00
14	Nely Lorena Perdomo	Macuelizo	60.00
15	Reyna Margarita Ramirez	Macuelizo	60.00
16	Nancy Osmara Alvarenga	Macuelizo	60.00
17	Maria Angela Pineda	Macuelizo	60.00
18	Dilia Evanelia Mejia	Macuelizo	60.00
19	Yolanda Guevara	Macuelizo	60.00
20	Ricarda Henriquez	Macuelizo	60.00
21	Ingris Veronica Hernandez Garcia	Macuelizo	60.00
22	Mileydi Esperanza Ramirez	Macuelizo	60.00
23	Glenda Yamileth Funez	Macuelizo	60.00
24	Lesly Aracely Sorto Tobar	Macuelizo	60.00
25	Gloria Yamileth Alfaro Paz	Macuelizo	60.00
26	Alma Esperanza Peraza	Macuelizo	60.00
27	Sandra Dolores Mondragon Cardona	Macuelizo	60.00
28	Sayda Lizeth Murcia Garcia	Macuelizo	60.00
29	Elsa Aracely Elvin	Macuelizo	60.00
30	Lilian Patricia Cantarero	Macuelizo	60.00
31	Rosa Idalia Rivera	Macuelizo	60.00
32	Digna Elizabeth Navarrete	Macuelizo	60.00
33	Sandra Maribel Garcia	Macuelizo	60.00
34	Elizabeth Rivera Hernandez	Macuelizo	60.00
35	Florentina Rivera Hernandez	Macuelizo	60.00
36	Bessy Carolina Rivera	Macuelizo	60.00
37	Dina Sarahi Gavarrete Paz	Macuelizo	60.00
38	Olga Marina Hernandez	Macuelizo	60.00
39	Dilma Aracely Mendez	Macuelizo	60.00
40	Meylin Ramos	Macuelizo	60.00
41	Emilia Gutierrez Garcia	Macuelizo	60.00
42	Maria Octavila Dominguez	Macuelizo	60.00
43	Margarita Menjivar Deras	Macuelizo	60.00
44	Heydi Melgar	Macuelizo	60.00
45	Maria Florenda Alvarado	Macuelizo	60.00
46	Enma Raquel Lopez	Macuelizo	60.00
47	Fanny Lizeth Gutierrez	Macuelizo	60.00
48	Delmi Carolina Flores	Macuelizo	60.00
49	Saimana Bariton Gutierrez	Macuelizo	60.00
50	Jeydi Judith Pascua	Macuelizo	60.00
51	Maria Elena Zamora	Macuelizo	60.00
52	Maria Araly Lopez Lopez Rivera	Macuelizo	60.00
53	Reyna Mejia Lara	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.



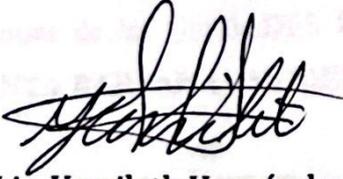
54	Nohemi Antonia Melgar	Macuelizo	60.00
55	Lourdes Arceli Alvarado	Macuelizo	60.00
56	Berta Luz Lemus Garcia	Macuelizo	60.00
57	Marbely Lara Acosta	Macuelizo	60.00
58	Dominga Vasquez Pineda	Macuelizo	60.00
59	Lusbina Lara Rivera	Macuelizo	60.00
60	Teresa Gutierrez Mandia	Macuelizo	60.00
61	Jelsy Jakeline Paz Ramirez	Macuelizo	60.00
62	Maria Leticia Pineda	Macuelizo	60.00
63	Maria Alejandrina Miranda	Macuelizo	60.00
64	Wendy Murcia	Macuelizo	60.00
65	Zoila Julissa Sifontes	Macuelizo	60.00
66	Nayeli Jaquelin Ramirez	Macuelizo	60.00
67	Elvia Leiva	Macuelizo	60.00
68	Aurora Rosalina Enamorado	Macuelizo	60.00
69	Norma Yaneth Madrid Rivera	Macuelizo	60.00
70	Telma Gavarrete	Macuelizo	60.00
71	Maria Esperanza Hernandez	Macuelizo	60.00
72	Maria Evangelina Galeano Acevedo	Macuelizo	60.00
73	Karla Yamileth Cardona Sagastume	Macuelizo	60.00
74	Kenia Marilu Escobar Sanchez	Macuelizo	60.00
75	Maria Del Carmen Melgar	Macuelizo	60.00
76	Lesli Yasmin Pacheco Paz	Macuelizo	60.00
77	Irma Leticia Melgar	Macuelizo	60.00
78	Maria Angella Lopez	Macuelizo	60.00
79	Wendy Lisbeth Henriquez	Macuelizo	60.00
80	Claudia Leticia Gonzales	Macuelizo	60.00
81	Jailen Marizol Melendez	Macuelizo	60.00
82	Elsy Yolany Vega	Macuelizo	60.00
83	Sindy Lopez	Macuelizo	60.00
84	Simona Perez	Macuelizo	60.00
85	Lesbia Manueles	Macuelizo	60.00
86	Nelly Elizabeth Mateo	Macuelizo	60.00
87	Karen Julissa Videz	Macuelizo	60.00
88	Irma Sagastume	Macuelizo	60.00
89	Lila Alvarenga Mejia	Macuelizo	60.00
90	Felicita De Los Angeles	Macuelizo	60.00
91	Yessi Marleny Escobar	Macuelizo	60.00
92	Johana Madeln Vasquez	Macuelizo	60.00
93	Karla Guadalupe Noriega	Macuelizo	60.00
94	Guadalupe Vasquez	Macuelizo	60.00
95	Berta Lidia Cartagena	Macuelizo	60.00
96	Maria Angelina Escobar Escobar	Macuelizo	60.00
97	Mery Flores	Macuelizo	60.00
98	Irma Garcia	Macuelizo	60.00
99	Maria Nora Rodriguez	Macuelizo	60.00
100	Maria Delmy Flores	Macuelizo	60.00
101	Maria Isabel Mejia	Macuelizo	60.00
102	Gloria Pineda	Macuelizo	60.00
103	Mayda Lopez Rodriguez	Macuelizo	60.00
104	Norma Miranda Rodriguez	Macuelizo	60.00
105	Karen Aranda	Macuelizo	60.00
106	Glenda Borjas	Macuelizo	60.00
107	Mexalina Perez Lopez	Macuelizo	60.00
108	Tania Josselyn Flores	Macuelizo	60.00
109	Sandra Yamileth Hernandez	Macuelizo	60.00
110	Lucia Isabel Hernandez	Macuelizo	60.00



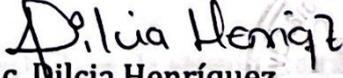
+(504) 2662-1413 2662-5861 2662-2445 Fax: +(504) 2662-5149

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

111	Angelica Muñoz Martinez	Macuelizo	60.00
112	Gabriela Nohemy Perdomo	Macuelizo	60.00
113	Maria Ofelia Abrego Urbina	Macuelizo	60.00
114	Adeli Benitez Vega	Macuelizo	60.00
115	Betty Marilu Guillen Soto	Macuelizo	60.00
116	Cindy Waldinaq Chacon	Macuelizo	60.00
117	Vilma Betty Galdamez Mejia	Macuelizo	60.00
118	Maria Del Carmen Melgar Rivera	Macuelizo	60.00
119	Santos Mejia	Macuelizo	60.00
120	Maria Margarita Garcia	Macuelizo	60.00
121	Heidi Antonia Lopez	Macuelizo	60.00
122	Esperanza Garcia	Macuelizo	60.00
123	Maria de Jesus Garcia	Macuelizo	60.00
124	Marlen Yamileth Nuñez	Macuelizo	60.00
125	Silvia Daney Santos	Macuelizo	60.00
126	Maria del Rosario Guevara Fuentes	Macuelizo	60.00
127	Delmy Aracely Landaverde Gonzales	Macuelizo	60.00
128	Reina Emerita Ramirez	Macuelizo	60.00
129	Rosario Martinez Garcia	Macuelizo	60.00
130	Nelda Damaris Marroquin	Macuelizo	60.00
131	Rosa Maribel Rodriguez	Macuelizo	60.00
132	Maria Victoria Diaz Lopez	Macuelizo	60.00
133	Mirna Pineda Garcia	Macuelizo	60.00
134	Yeni Lizeth Guerra	Macuelizo	60.00
135	Maria Adelina De Dios	Macuelizo	60.00
136	Leticia Rivera	Macuelizo	60.00
137	Ernestina Santos	Macuelizo	60.00
138	Liliana Lara Rivera	Macuelizo	60.00
139	Alba Luz Lopez	Macuelizo	60.00
140	Nely Yohana Garcia	Macuelizo	60.00
141	Marta Norely Ortega	Macuelizo	60.00
142	Meylin Marely Amaya	Macuelizo	60.00
143	Mayra Elizabeth Gutierrez	Macuelizo	60.00
144	Glenda Magdalena Arita Lopez	Macuelizo	60.00
TOTAL MES DE ABRIL 2024			18,640.00


 Lic. Yamileth Hernández
 Laboratorio de Patología
 INSSA




 Lic. Dilcia Henríquez
 Administr-Contabilidad
 INSSA



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.

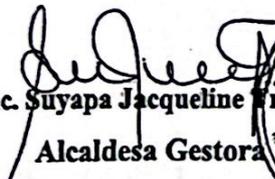
NOVENA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO: En caso de que el convenio suscrito por **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA (MODELO DESCENTRALIZADA DE SALUD)**, suscrito con la Secretaria de Salud sea rescindido total o parcialmente este contrato será disminuido, rescindido o suspendido de la misma forma, notificándosele 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.

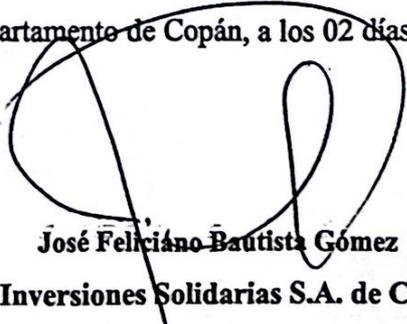
DECIMA: JURISDICCION LEGAL: De no lograrse acuerdo en los servicios de conciliación del Ministerio de trabajo, la controversia se solucionará por la vía judicial, acordando las partes que para los efectos legales o judiciales a que diere lugar este contrato, reconocen como domicilio la Ciudad de Santa 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 Frejo
Alcaldesa Gestora
Contratante




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



CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL



151-24-10500-9622

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 151-24-10500-9622 en fecha 21/03/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25419310332 de fecha 21/03/2024 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: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de treinta días calendario a partir de la fecha 21/03/2024 hasta 19/04/2024, la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del 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.

HELI MFRARY 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/>, ingresando el número 151-24-10500-9622 o mediante el siguiente código QR:





CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA



201-24-10500-13385

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 201-24-10500-13385 en fecha 01/02/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418753245 de fecha 01/02/2024 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 30/04/2024. 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 **201-24-10500-13385** o mediante el siguiente código QR:





ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT

Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007878

23 de mayo de 2024

MACUELIZO

Lugar y Fecha

INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV

8,640.00

L

Páguese a la orden de

OCHO MIL SEISCIENTOS CUARENTA CON CERO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0 100 1 1 50⑆000 1090000 250 3⑆0000 78 78

CONCEPTO DEL PAGO Pago a Laboratorio Patológico por lectura de 144 muestras de citologías correspondiente al mes de Abril 2024 en cumplimiento de la cartera de servicios del primer nivel de atención en Salud del Modelo Descentralizado de Salud

PAGO DE Pago a Laboratorio Patológico por lectura de 144 muestras de citologías 8 640.00

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	CONCEPTO: Abril 2024 en cumplimiento de la cartera de servicios del primer nivel de atención en Salud del Modelo Descentralizado de Salud			

CHEQUE No. 00007878

BALANCE



AUTORIZADO

RECIBI CONFORME



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



Emisión: 22/05/2024
Hora : 10:47 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9644

L.: 1,200.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 7794

Fecha de Emisión: 22/5/2024

No.Cheque/Nota de Debito: 1889

Paguese a: WILSON ADONY MORALES CRUZ Id/RTN: 1604199300520

La Cantidad en Letras: UN MIL DOSCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Reparación de Motor, arranque, carbones para motor y fuga de aceite a Motocicleta Honda XR250 Tomado ubicada en UAPS La Flecha.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 23200 14-012-01	Mantenimiento y Reparación de Equipos y Medios de Transporte	1,200.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	1,200.00
Monto Total:		1,200.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	1,200.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	1,200.00

Firma y Sello de Presupuestario 	Firma y Sello de Alcaldesa (sa) 	Firma y Sello de Tesorero(a)
-------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Recibido por: _____
 Identidad No.: _____

0s+js/f9JmexcG081jfmIvyITtoXrFsHkyX6+b6JOMS0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrqYg30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOwldleqnazw44VvNdtRcRKV VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgzUzFpoNAA0IGQ7Y=

Solicitud

Modelo Descentralizado de Salud

21/Marzo/2024

Para: Lic. Edenia Romero

Por medio de la presente me dirijo
a usted deseando exitos en sus labores diarias,

De esta manera solicito la revision de fuga
de aceite en la parte de cilindro de motor.

Sin mas que pedir me despido de usted
muy amablemente

Atti:


Melvin Alcantara

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

AUTORIZACION

Fecha: 22/Marzo/2024

Tipo de Equipo: Motocicleta

Marca del Equipo: Honda XR250 Tornado

Número de Inventario o placa: BAR7771

Si es Vehículo agregar Kilometraje: 24,168 km

Departamento asignado: UAPS La Flecha

Tipo de reparación o Mantenimiento Solicitado:

- Revisión de Fuga de aceite en el cilindro del motor

Nombre del Responsable del Equipo: Melvin Alcántara con N° DNI 1617-1996-00552

Firma del Responsable del Equipo:

Taller donde se llevó a cabo la reparación: Taller Morales

Nombre del Propietario / Mecánico: Wilson Adonay Morales

Firma y Sello del Proveedor:



Firma y Sello de Autorización:

**Licda. Edenia Romero
Administradora GDSS**

Documento Fiscal Válido



OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN: 16041993005206
Nombre o Razón Social: WILSON ADONY MORALES CRUZ
Nombre Comercial: INVERSIONES M & C
Profesión u Oficio: TECNICO, COMERCIO
Teléfono: 98535305
Email: wilson_morales2011@hotmail.com
Dirección de Casa Matriz: BARRIO: BARRIO AGUALOTE, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: NA, MUNICIPIO: AZACUALPA, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento: DIRECCION: BARRIO AGUALOTE, PRINCIPAL, No. NA, MUNICIPIO: AZACUALPA, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN: 16181987007332
Nombre Comercial: ESPINOZA SANTOS ROBERTO CARLOS

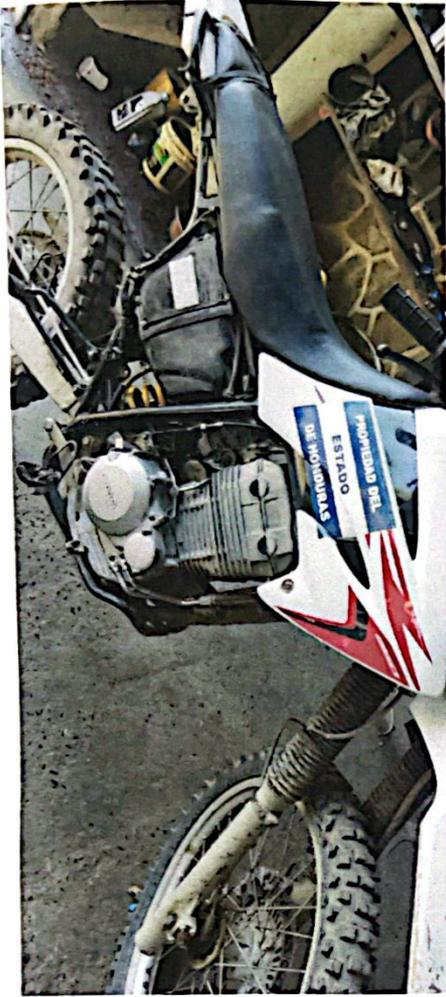
GENERALES

Número del Documento: 000-001-01-00001976
Fecha de Autorización: 28/12/2023
Modalidad: Impresión por Imprenta
Tipo de Documento: FACTURA
Fecha de Vencimiento: 28/12/2024
CAI: CA24D3-131FF2-714FBE-E95A31-224CF4-F0
Desde (Rango Autorizado): 000-001-01-00001951
Hasta (Rango Autorizado): 000-001-01-00002000

TRIBUTAR ES PROGRESAR

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn



CONSTANCIA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

12/04/2024

Para: Lic. Edenia Romero

Por medio de la presente me dirijo a usted deseando éxitos en sus labores diarias

De esta manera haga constar que la motocicleta con las siguientes especificaciones

Marca: Honda

Modelo: Torman XR250

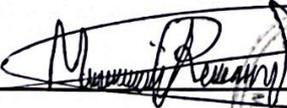
Color: Blanco

Motor:MD34E-J050616

Kilometraje: 24338

Placa: BAR7771

Después de la reparación por fuga de aceite en el cilindro del motor hago constar que se encuentra en buenas condiciones, funcionando de manera adecuada



Melvin Ramon Alcántara García

Promotor de salud UAPS LA FLECHA



**ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT**
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007879

23 de mayo de 2024

MACUELIZO

Lugar y Fecha

WILSON ADONY MORALES CRUZ

1.200.00

Páguese a la orden de

UN MIL DOSCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Firma (s)

⑆01001150⑆00010900002503⑆00007879

CONCEPTO DEL PAGO

Flecha.

Reparacion de Motor, arranque, carbones para motor y fuga de aceite a Motocicleta Honda XR250 Tornado ubicada en

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	Reparacion de Motor, arranque, carbones para motor y fuga de aceite a Motocicleta Honda XR250 Tornado ubicada en			1.200.00

CHEQUE No. 00007879 MACUELIZO

BALANCE

MUNI. PALIDAD DE MACUELIZO
ALCALDIA MUNICIPAL
MACUELIZO, SANTA BARBARA



AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME



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



Emisión: 22/05/2024
Hora : 10:47 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9645
L: 21,930.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 7795

Fecha de Emision: 22/5/2024

No.Cheque/Nota de Debito: 7880

Paguese a: SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Id/RTN: 16019016867914

La Cantidad en Letras: VEINTIUN MIL NOVECIENTOS TREINTA CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Compra de Insumos Odontológicos según orden de Compra N° 28-2024 para el área de Odontología del Establecimiento de Salud de CIS SULA (21 Partidas) en cumplimiento a la cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 39560 14-012-01	Materiales y Suministros Odontológicos	21,930.00

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	21,930.00
Monto Total:		21,930.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	21,930.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	21,930.00

Firma y Sello de Presupuestoario:

Firma y Sello de Tesoreria:

Firma y Sello de Alcaldía:

Recibido por:

Identidad No.: 1606-1993-00180

0s+js/9JmexcG081jMlvyITtoXrFsHkyX6+b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+cheuMkKCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdleqnazw44VVNcdRcRKV VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgjZuzFpoNAA0tGQ7Y=

Solicitud

13 - mayo - 2024

Licda. Suyapo Jacqueline Trejo
Alcaldesa municipal.

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus delicadas funciones diarias.

Sirva la misma para presentar mi solicitud de materiales odontológicos para la clínica de CIS Sula correspondiente a 6 meses, la cual adjunto en la siguiente hoja.

En espera de una pronta y positiva respuesta.

Atte.

Dra. Katia Madrid
Odontóloga CIS Sula.



[Handwritten signature]

Material	Cantidad	Presentación
1.- Anestesia Articaina	6	caja
2.- Resina A2 Clasica Kuraray	1	jeringa
3.- Resina A2 Dentina Kuraray	1	jeringa
4.- Resina A3 Esmalte Kuraray	1	Jeringa
5.- Resina A3 Clasica Kuraray	1	Jeringa
6.- Guantes nitrilo talla S	12	cajas
7.- Succiones	3	bolsas
8.- Aplicador de bonding	2	bote x 100und.
9.- Gasas 2x2	12	paquetes
10.- Baberos	1	caja x 500und.
11.- Agua destilada	10	galones
12.- Bata desechable	36	unidades.
13.- Lubricante pica de mano	1	bote
14.- Fresa redonda	20	und.
15.- Fresa troncoconico	20	und.
16.- Disco jiffy para pulir (verde, amarillo y blanco)	5c/u.	und.
17.- Disco pelo de cabra	2	und.
18.- Toallas clorox	5	botes.
19.- Espejo intraoral con mango	5	und.
20.- Jeringa carpule	5	und.
21.- Elevador recto fino	3	und.
22.- Elevador recto normal	3	und.
23.- Hilo retractor 000	1	und.



SECRETARÍA DE SALUD
SUB SECRETARÍA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD
UNIDAD DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA

Convenio de Gestión I Semestre del año 2024

Región Sanitaria: Santa Barbara N°16
Gestor: Municipalidad de Macuelizo
Municipio: Macuelizo
Población: 40,228



Salud
Gobierno de la República

Presupuesto del 01 de Enero al 30 de Junio 2024

Código	Descripción	Presupuesto aprobado	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
25300	Servicio de Imprenta, Publicaciones y reproducciones	40,000.00	40,000.00	-	-	-
25400	Primas y Gastos de Seguro	-	-	-	-	-
25500	Comisiones y Gastos Bancarios	2,000.00	1,000.00	1,000.00	-	-
25600	Publicidad y Propaganda	-	-	-	-	-
25700	Servicios de Internet	8,999.94	4,499.97	4,499.97	-	-
25900	Otros Servicios comerciales y financieros	-	-	-	-	-
26210	Viáticos Nacionales	16,000.00	6,000.00	10,000.00	-	-
30000	MATERIALES Y SUMINISTROS	1,798,227.47	773,762.79	1,024,464.68	-	-
31110	Alimentos y Bebidas para Personas	60,000.00	35,000.00	25,000.00	-	-
32310	Prendas de Vestir	-	-	-	-	-
34400	Llantas y camaras de aire	25,000.00	15,000.00	10,000.00	-	-
35210	Productos Farmacéuticos y Medicinales	1,018,627.47	342,562.79	676,064.68	-	-
35400	Insecticidas, Fumigaciones y otros	-	-	-	-	-
35610	Gasolina	14,500.00	8,000.00	6,500.00	-	-
35620	Diesel	85,100.00	46,100.00	39,000.00	-	-
39100	Elementos de Limpieza y aseo personal	90,000.00	80,000.00	10,000.00	-	-
39200	Utiles de Escritorio Y Oficina	95,000.00	95,000.00	-	-	-
39520	Instrumental y Material para laboratorio	75,000.00	75,000.00	-	-	-
39530	Instrumental Médico Quirúrgico Menor	265,000.00	37,100.00	227,900.00	-	-
39560	Materiales y Suministros Odontologicos	65,000.00	35,000.00	30,000.00	-	-
39600	Otros Repuestos y Accesorios Menores	5,000.00	5,000.00	-	-	-
40000	BIENES CAPITALIZABLES.	-	-	-	-	-
23400	Construcciones y mejoras de bienes nacionales (Inversión en obras de infraestructura)	-	-	-	-	-
42110	Muebles Varios de Oficina	-	-	-	-	-
42120	Equipos Varios de Oficina	-	-	-	-	-

Scanned with CamScanner

A

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.



SECRETARIA DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

Plan Anual de Compras y contrataciones-Fondos Convenio del 01 de Enero al 30 de Junio 2024

N°	Objeto de Gasto	Categoría y Descripción del Contrato de Adquisiciones	Costo Total Estimado de la Adquisición (Lempiras)	Cantidad A ejecutar por Trimestre				Modalidad de Adquisición	Fuente de Financiamiento %		Fecha Estimada	Status (Pendiente, en proceso, adjudicado, cancelado)	Comentarios
				I	II	III	IV		Fondos Nacionales	Otros Fondos			
1	2000	Servicios No Personales											
1.1	21430	Telefonía Celular	L 3,900.00	L 1,950.00	L 1,950.00	L -	L -	Contrato	x		Mensual	Previsto	Según Necesidad
1.2	23200	Mantenimiento y Reparación de Equipos y medios transporte	L 60,000.00	L 40,000.00	L 20,000.00	L -	L -	1 Cotización	x		Mensual	Previsto	Según Necesidad
1.3	23330	Mantenimiento y Reparación de Equipo Sanitario y de Laboratorio	L 30,000.00	L -	L 30,000.00	L -	L -	1 Cotización	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
1.4	23350	Mantenimiento y Reparación de Equipo para computación	L 20,000.00	L 10,000.00	L 10,000.00	L -	L -	1 Cotización	x			Previsto	Computadores
1.5	23360	Mantenimiento y reparación de equipo de oficina y muebles	L 33,250.00	L 15,000.00	L 18,250.00	L -	L -	1 Cotización	x			Previsto	Según Necesidad
1.6	23600	Mantenimiento de Sistemas Informáticos	L 30,000.00	L -	L 30,000.00	L -	L -	1 Cotización	x			Previsto	Instalación de Software en las computadoras que se compraran
1.7	24130	Servicios Medicos	L 51,840.00	L 24,780.00	L 27,060.00	L -	L -	Cotización / Contrato	x		Mensual	Previsto	Citologías
1.8	25300	Servicio de imprenta, Publicaciones y Reproducciones	L 40,000.00	L 40,000.00	L -	L -	L -	1 Cotización	x			Previsto	
1.9	25700	Servicios de Internet	L 8,999.94	L 4,499.97	L 4,499.97	L -	L -	Cotización / Contrato	x		Mensual	Previsto	
Total de Servicios No Personales			L 277,989.94	L 136,229.97	L 141,759.97	L -	L -						
2	3000	Materiales y Suministros											
2.1	31110	Productos Alimenticios y Bebidas	L 60,000.00	L 35,000.00	L 25,000.00	L -	L -	2 Cotizaciones	x		Mensual	Previsto	Según Necesidad
2.2	34400	Llantas y camaras de siero	L 25,000.00	L 15,000.00	L 10,000.00	L -	L -	1 Cotización	x		Annual	Previsto	Según Necesidad
2.3	35210	Productos Farmaceuticos y Medicinales	L 1,018,627.47	L 342,562.79	L 676,064.68	L -	L -	Cotización / Licitación Privada	x		Mensual	Previsto	En el primer trimestre se realizaron compras por cotización, para el II trimestre se realizaron Licitación Privada.
2.7	39100	Elementos de Limpieza y aseo personal	L 90,000.00	L 80,000.00	L 10,000.00	L -	L -	2 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.8	39200	Utiles de Escritorio, oficina y enseñanza	L 95,000.00	L 95,000.00	L -	L -	L -	2 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.9	39520	Instrumental y Material para Laboratorio	L 75,000.00	L 75,000.00	L -	L -	L -	2 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.10	39530	Instrumental Medico Quirurgico Menor	L 265,000.00	L 37,100.00	L 227,900.00	L -	L -	3 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.11	39560	Materiales y Suministros Odontologicos	L 65,000.00	L 35,000.00	L 30,000.00	L -	L -	1 Cotización	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.12	39600	Repuestos y Accesorios	L 5,000.00	L 5,000.00	L -	L -	L -	1 Cotización	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
Total de Materiales y Suministros			L 1,698,627.47	L 719,662.79	L 978,964.68	L -	L -						



Secretaria de Salud
Municipalidad de Macuelizo, Santa Bárbara
Modelo Descentralizado de Salud
Honduras C. A.
RTN 16139011360075



CARTA DE INVITACIÓN Y COTIZACIÓN DE OFERTAS

Macuelizo, Santa Bárbara 09 Mayo del año 2024

SEÑOR PRESENTE
SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL
SU OFICINA

Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds. con el objeto de invitarles a participar en el procedimiento de cotización de **MATERIALES E INSUMOS DE ODONTOLOGIA**, para la **“PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA EN EL MUNICIPIO DE MACUELIZO, SANTA BARBARA”**.

Por lo que se le invita a presentar ofertas para el suministro en referencia, para lo cual adjuntamos la lista de productos, insumos y materiales objeto de cotización.

El plazo límite para la presentación de la oferta es el día Martes 14 de Mayo del año 2024. La oferta deberá ajustarse a las condiciones del presente procedimiento de contratación establecidas en los siguientes documentos que se adjuntan:

Anexo 1. Bases para la Adquisición de Materiales e Insumos de Odontología

Atentamente:



Licda. Edenia Beatriz Romero
Administradora



Lic. Ever Alexander García
Coordinador de la red



ANEXO 01

BASES PARA LA ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS ODONTOLÓGICOS POR COTIZACIÓN

Señores **SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL** sírvase cotizar los productos/Materiales que se detallan en la Base de Cotización a más tardar el día Martes 14 de Mayo 2024 el que deberán enviar vía expreso a oficinas del Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo o correo electrónico edenia.brit92@gmail.com.

1. Condiciones Especiales

a. Especificaciones técnicas de los productos.

No.	Descripción	Presentación	Cantidad Solicitada
1	Anestesia Articaina	Caja	6
2	Resina A2 Clásica Kuraray	Jeringa	1
3	Resina A2 Dentina Kuraray	Jeringa	1
4	Resina A3 Esmalte Kuraray	Jeringa	1
5	Resina A3 Clásica Kuraray	Jeringa	1
6	Guantes Nitrilo talla "S"	Caja	12
7	Succiones	Bolsas	3
8	Aplicador de Bonding	Bote por 100 Unidades	2
9	Gasa 2x2	Paquete	12
10	Baberos	Caja de 500 Unidades	1
11	Agua Destilada	Galón	10
12	Bata Desechable	Unidad	36
13	Lubricante pieza de mano	Bote	1
14	Fresa Redonda	Unidad	20
15	Fresa Troncónica	Unidad	20
16	Disco Jiffy para pulir (Verde, amarillo y blanco)	Unidad	5 de cada color
17	Disco Pelo de Cabra	Unidad	2
18	Toallas Clorox	Bote	5
19	Espejo Intraoral con mango	Unidad	5
20	Jeringa Carpule	Unidad	5
21	Elevador Recto Fino	Unidad	3
22	Elevador Recto normal	Unidad	3
23	Hilo retractor 000	Unidad	1

Nota: De no contar con el 100% de los materiales e insumos favor detallar en la cotización el porque no lo cotiza.

b. Documentos del proveedor

El proveedor deberá presentar en un sobre que contendrá la **Oferta Original** así mismo, deberán de estar **FOLIADAS, FIRMADAS Y SELLADAS** en cada una de sus páginas. La documentación que contendrán las ofertas será la siguiente:

1. Cotización la cual debe de presentarse de conformidad con el formato de su Droguería "COTIZACION FORMAL" a nombre de **ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO / RTN 16139011360075**
2. Anexo No. 1 Bases para la adquisición de Materiales e Insumos Odontológicos por cotización, **firmada y sellada**
3. Certificación de estar inscrito en el Registro de Proveedores y Contratistas de la Oficina Normativa de Contrataciones y Adquisiciones del Estado o Constancia de estar en trámite "ONCAE".
4. Constancia de estar inscrito en la Cámara de Comercio e Industrias de la localidad **vigente**.
5. Fotocopia del Registro Tributario nacional (RTN) de la empresa.
6. Fotocopia de la Constancia de Solvencia fiscal extendida por la SAR **vigente**.
7. Fotocopia de Solvencia de estar sujetos al Régimen de Pagos a Cuenta extendida por la SAR **vigente**.
8. Fotocopia del Permiso de Operación **vigente** extendido por la Alcaldía Municipal de su domicilio.
9. Licencia Sanitaria de la Empresa **Vigente**, de no contar con la licencia vigente presentar el respectivo tramite ya sea de renovación o tramite por primera vez.

c. Entrega de los productos

La entrega de los Materiales e insumos Odontológicos se efectuará en las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud en el barrio El Centro, Macuelizo, Santa Bárbara.

La recepción de dichos suministros, será realizada por:

- El responsable (a) del Almacén del Proyecto de Salud Descentraliza o su representante.

d. Tiempo de entrega

El plazo de tiempo para la entrega será libres y negociables con el oferente adjudicado pero su periodo máximo de entrega será de tres (3) días hábiles, los cuales, se empezarán a contar a partir del día siguiente de haber recibido la Orden de Compra.

e. Recepción de los productos

No se recibirán productos que tengan un **vencimiento menor o igual a 1 año**.

f. Traslado de los productos.

El Proveedor seleccionado, asumirá los costos y riesgos en que se incurra en el traslado de los productos desde sus oficinas hasta el lugar de entrega.

g. Pago de los Productos

Los productos se pagarán después de una semana de recibido el 100%, o en su defecto se pagara el 100% al momento de la Recepción de los Materiales e Insumos.

Siendo la entrega del pago en las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud.

h. Reposición de Productos

Los productos que se dañen por el traslado serán reembolsados por el Proveedor durante un periodo que no exceda la fecha de vencimiento de los mismos.

i. Consultas

Cualquier consulta relativa a esta cotización favor hacerla a Licda. Edenia Beatriz Romero Sabillon a la siguiente dirección: edenia.brit92@gmail.com, Cel: 9668-9382

j. Órdenes de Compra

Al ser seleccionado el Proveedor se emitirá la orden de compra a la cual se le adjuntaran estas bases las que pasaran a formar parte de la misma.

Tanea Melissa Valleillo F.

Nombre Representante de la
Empresa

Gerente General

Cargo

[Firma] 

Firma y Sello



CMO DENTAL S DE RL

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL RTN#:16019015867914

CORREO: CMOSANLUIS0708@GMAIL.COM TEL. 2657-2003/ 9502-4641 B * EL CENTRO CALLE DEL
COMERCIO SAN LUIS, SANTA BÁRBARA.

AREA DE VENTAS

CLIENTE: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

RTN:

DIRECCION: MACUELIZO SANTA BARBARA

14/05/2024

No.	Descripción	Presentación	Cantidad Solicitada	Precio Uní	Total
1	ANESTESIA ARTICAINA 4 %	CAJA	6	L. 720.00	L. 4,320.00
2	RESINA A2 CLASICA KURARAY A2	JERINGA	1	L.990.0	L.990.00
3	RESINA A3 CLASICA KURARAY A3	JERINGA	1	L.990.00	L.990.00
4	RESINA DENTINA KURARAY A2	JERINGA	1	L.990.00	L.990.00
5	RESINA ESMALTE KURARAY A3	JERINGA	1	L.990.00	L.990.00
6	GUANTE NITRILO -S-	CAJA	12	L.165.00	L.1980.00
7	SUCCIONES	BOLSA	3	L.140.00	L.420.00
8	APLICADOR DE BONDING	BOTE DE 100 UNI	2	L.135.00	L.270.00
9	GASA 2X2	PAQUETE	12	L.40.00	L.480.00
10	BABERO	CAJA 500 UNI	1	L. 600.00	L. 600.00
11	AGUA DESTILADA	GALON	10	L.150.00	L.1,500.00
12	BATA DESECHABLE	UNIDAD	36	L.40.00	L.1,440.00
13	LUBRICANTE PIEZA DE MANO	BOTE	1	L.1000.00	L.1,000.00
14	FRESA REDONDA	UNIDAD	20	L.40.00	L.800.00
15	FRESA TRONCOCONICA	UNIDAD	20	L.40.00	L.800.00
16	TOALLAS WIPES	BOTE	5	L.110.00	L.550.00
17	ESPEJO INTRAORAL CON MANGO	UNIDAD	5	L.90.00	L.450.00
18	JERINGA CARPULER	UNIDAD	5	L.380.00	L.1900.00
19	ELEVADOR RECTO FINO	UNIDAD	3	L. 180.00	L. 540.00
20	ELEVADOR RECTO NORMAL	UNIDAD	3	L.180.00	L.540.00
21	HILO RETRACTOR 000	UNIDAD	1	L.380.00	L.380.00

SUBT L.21,930.00
ISV L.
TOTAL L.21,930.00



CONSTANCIA DE INSCRIPCION REGISTRO DE PROVEEDORES DEL ESTADO No. 4759-2024

El Registro de Proveedores de la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado (ONCAE), **HACE CONSTAR** que la **Sociedad Mercantil SERVICIOS SUMINISTROS Y EQUIPO MÉDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA**, con Registro Tributario Nacional No. **16019016867914** y con domicilio en el municipio de Santa Barbara, Departamento de Santa Barbara, mediante su Representante el señor (a) **tanea melissa vallecillo fernandez** con RTN No. **1622198500525** presentó solicitud en fecha **28/02/2024** acompañada con los documentos requeridos para la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, la cual una vez revisada y analizada, se determinó que cumple con los requisitos establecidos por esta oficina, por lo tanto, se procedió a inscribirla (o) en el Registro de Proveedores de la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado bajo el número de inscripción **4759-2024** en el área de actividad relativa a **Bienes y Servicios**. Corresponderá a los respectivos órganos responsables de la contratación, tanto la evaluación de la capacidad de ejecución como la comprobación de datos referentes a la idoneidad técnica, profesional y solvencia económica-financiera suministrados por la **Sociedad Mercantil SERVICIOS SUMINISTROS Y EQUIPO MÉDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA**.

En aplicación a los artículos 120 y 122 de la Ley de la Administración Pública; 1, 2, 22, 23, 24, 25, 26, 31 y 56 de la Ley de Procedimiento Administrativo; 31 numeral 1, 34, 36 y 37 de la Ley de Contratación del Estado; 1, 2, 23, 29, 54, 55, literal a), 57, 59, 61, 62, 64, y 69 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado extiende la presente **CONSTANCIA DE INSCRIPCION CON VIGENCIA DE TRES (3) AÑOS** a partir de la fecha de emisión. Esta Inscripción podrá ser cancelada en los casos que dispongan la Ley de Contratación del Estado, su Reglamento y otras disposiciones legales.

Emitida en Tegucigalpa, M.D.C. Departamento de Francisco Morazán, a los **1 días** del mes **Marzo** del año **2024**.

REGISTRO DE PROVEEDORES	Dirección
	Teléfono
	Correo Electrónico

Fecha de Emisión: **01 marzo 2024** Válido hasta **01 marzo 2027**
Código Verificación:



Código de Verificación: **a3a7e968-639f-4c9a-9994-421e7166dd5a**
Verifique la validez de este documento en:
<http://sicc.honducompras.gob.hn/ONCAEcertificado/Certificado.aspx?certificacion=42807>



Expediente No.	42807
Sociedad Mercantil Nacional	SERVICIOS SUMINISTROS Y EQUIPO MÉDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
No. de Resolución	4759-2024
No. de Certificación	4759
Fecha Fin de Vigencia del inscripción	01/03/2027
Área de Actividad	Bienes y Servicios
Rubro	Pastas o kits de odontología preventiva, Unidades de procesado de resinas odontológicas, Sets de anestesia odontológica, Kits de tratamiento odontológico para los servicios médicos de urgencias, Geles o fluoruro de enjuagues, Unidades dentales, Instrumentos dentales para empastar los contornos, Protectores de manos quirúrgicos, Mascarillas para el personal sanitario
Registro Tributario Numérico	16019016867914
Certificación del Órgano Societario	TANEA MELISSA VALLECILLO FERNANDEZ, EDWIN ARMANDO SABILLON CARRASCO, LUIS HUMBERTO SABILLON CARRASCO
Domicilio Legal	Honduras, Santa Barbara, Santa Barbara
Dirección	Barrio El Centro
Teléfono	33751257
Correo Electrónico	taneamellssa0807@gmail.com

Fecha de Emisión: 01 marzo 2024

Válido hasta 01 marzo 2027

Código Verificación:



Código de Verificación: a3a7e968-639f-4c9a-9994-421e7166dd5a

Verifique la validez de este documento en:

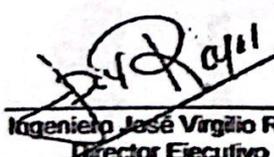
<http://sicc.honducmpras.gob.hn/ONCAEcertificado/Certificado.aspx?certificacion=42807>

CONSTANCIA.

El Infrascrito Director Ejecutivo de la Cámara de Comercio e Industrias de Santa Bárbara, Hace constar que el Sra. **TANEA MELISSA VALLECILLO FERNANDEZ** con número de Identidad **1622-1985-00525** Representante de la Empresa **"SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL S DE R.L "** cuya empresa se encuentra registrada en esta Organización Empresarial, bajo el número de registro **#108063** del tomo 1 y a la fecha se encuentra solvente con sus obligaciones económicas.

Para fines que el interesado convenga se extiende a los 20 días del mes de Mayo del año 2024.

Muy Atentamente



Ingeniero José Virgilio Reyes Gómez
Director Ejecutivo CCISB.



4



Camara de Comercio e Industrias de Santa Bárbara

Santa Bárbara, S.B. Honduras, C.A.

El Infrascrito Secretario de la Cámara de Comercio e Industrias de Santa Bárbara

CERTIFICA

A

QUE: SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL S DE R.L
Ha sido inscrito bajo el N°108063 en libros de Registro respectivo, como Miembro
Afiliado a esta Organización Empresarial

Santa Barbara, S.B 20 de Mayo 2024
Vigencia: 31 de Diciembre del 2024



Ingeniero José Virgilio Reyes Gómez
Director Ejecutivo CCISB.

000120





República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

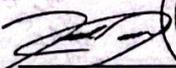
Fecha de Emisión: 24/02/2023 **RTN: 16019016867914**

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Nombre o Razón Social

Inscripciones	
Ventas-Selectivo	<input checked="" type="checkbox"/> Productores Importadores de Cigarrillos <input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/> Productor Alcoholes Licores <input type="checkbox"/>
Exportador	<input type="checkbox"/> Distribuidor Alcoholes Licores <input type="checkbox"/>
Imprentas	<input type="checkbox"/> Importador Alcoholes Licores <input type="checkbox"/>
Prestamista	<input type="checkbox"/>

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.




SAR

Director Ejecutivo

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- 3934801 Transacción: 25D33C



6



CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL



151-24-10500-17783

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

Nombre y Apellido o Razón Social: **SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA**

Con Registro Tributario Nacional: **16019016867914**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-17783 en fecha 23/05/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25410600476 de fecha 23/05/2024 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: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de treinta días calendario a partir de la fecha 23/05/2024 hasta 21/06/2024, la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del 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.

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/>, Ingresando el número **151-24-10500-17783** o mediante el siguiente código QR:



7



CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA



201-24-10500-55495

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

Nombre y Apellido o Razón Social: **SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA**
Con Registro Tributario Nacional: **16019016867914**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-55495 en fecha 23/05/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25410599864 de fecha 23/05/2024 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 periodo 202401, según Declaración 35749605963, presentada el 26/04/2024.

La presente Constancia vence el 01/07/2024. 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.gov.bn/ConstanciaPagosCuenta.aspx>, ingresando el número **201-24-10500-55495** o mediante el siguiente código QR:



8



REPÚBLICA DE HONDURAS MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, S. B. P E R M I S O PARA OPERACIÓN DE NEGOCIO



HONDURAS
UNIFORME DE LA REPÚBLICA

PROPIETARIO: TANEA MELLISA VALLECILLO F.
UBICACIÓN: B- PAZ BARAHONA, SAN LUIS S.B

NUMERO = 110 =
VALIDO PARA 31-12-2024

ZONA	CUADRA	PARCELA	ANEXO
CÓDIGO CATASTRAL			
CLASE DE NEGOCIO = CLINICA DENTAL =			
ACTIVIDAD PRINCIPAL SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MÉDICO DENTAL.			
N° DE SOLICITUD = 110 =			
FECHA DE ESTABLECIDO 16-01-2024			

Conforme a Reglamento para la apertura y operación de Establecimientos Comerciales en este Municipio en presente PERMISO, el cual deberá ser colocado en un sitio visible.

Dado en la Ciudad de San Luis, S. B.

DÍA	MES	AÑO
16	Enero	2024



[Handwritten signature]

JEFE DE OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DE TRIBUTARIA



[Handwritten signature]

ALCALDE MUNICIPAL



Scanned with CamScanner

LICENCIA SANITARIA

HN-LED-1123-0004

AUTORIZADA PARA:
IMPORTAR, ALMACENAR, COMERCIALIZAR, DISTRIBUIR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE: ARSA-1023-L-0308
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MÉDICO Y DENTAL S. DE R. L.
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: BARRIO EL CENTRO, CALLE DEL COMERCIO FRENTE A FERRETERIA AGROFERSA,
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: TANEA MELISSA VALLECILLO FERNÁNDEZ
FECHA DE EMISIÓN: 14

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO

14/11/2029



Dra. Daisy Betsayda Torres Rivera
Directora Nacional De Dispositivos Médicos
Agencia de Regulación Sanitaria



ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDOR
Calle Los Alcaldes, frente al City Mall. www.arsa.gob.hn
Comayagüela, Honduras, Centroamérica

10

Opinión técnica sobre insumos odontológicos solicitados.

14- mayo- 2024

Los materiales e insumos odontológicos son necesarios para realizar los diferentes tipos de procedimientos a los pacientes que acuden a CIS Sula por atención odontológica, es por eso, que tratamos de brindar atención de calidad con procedimientos que puedan garantizar la satisfacción de los usuarios empleando materiales de calidad que provean durabilidad en el tiempo y a la vez cumplan con la estética y funcionalidad adecuadas para satisfacer las exigencias de cada persona que nos visita.

Es por eso por lo que opte solicitar resinas Kuraray, que son composites de marca japonesa que incluyen en sus componentes partículas de relleno que favorecen la unión al diente y se pueden utilizar tanto en dientes anteriores como posteriores, además sus colores se asimilan al tono natural de los dientes y posee excelentes propiedades de pulido cuando se utilizan los discos de pulir adecuados.

Para la manipulación de las resinas es necesario utilizar los suplementos adecuados, por esta razón utilizo guantes de nitrilo, que no tienen polvo ni látex en sus componentes, lo que permite que las resinas se puedan manipular sin que haya contaminación y la adhesión de las resinas pueda fortalecerse.

La anestesia Articafina al 4% posee grupo éster y amida en sus componentes, lo que la hace diferente a las otras anestésicas, esto permite que se hidrolice más rápido y se difunda y penetre mejor en la célula nerviosa produciendo un adormecimiento local reversible más eficiente, además contiene epinefrina que facilita la vasoconstricción y limita el sangrado en las extracciones dentales.

En cuanto a los demás materiales, son insumos básicos en los cuales no se requiere marca específica porque funcionan de manera similar en todas las marcas.

Sin mas que agregar.

Atte. Dra. Katia Madrid
Odontóloga CIS Sula



miércoles, 15 de mayo de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR		SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:			
Servicios, Suministros y Equipo Medico y Dental "CMO DENTAL S. DE R.L."		ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD			

Item	Parti da N°	Descripcion	Presentacion	Cantida d	P/Unitario	Precio Total
1	1	Anestesia Articaína	Caja	6	L. 720.00	L. 4,320.00
2	2	Resina A2 Clásica Kuraray	Jeringa	1	L. 990.00	L. 990.00
3	3	Resina A2 Dentina Kuraray	Jeringa	1	L. 990.00	L. 990.00
4	4	Resina A3 Esmalte Kuraray	Jeringa	1	L. 990.00	L. 990.00
5	5	Resina A3 Clásica Kuraray	Jeringa	1	L. 990.00	L. 990.00
6	6	Guantes Nitrilo talla "S"	Caja	12	L. 165.00	L. 1,980.00
7	7	Succiones	Bolsas	3	L. 140.00	L. 420.00
8	8	Aplicador de Bonding	Bote por 100 Unidades	2	L. 135.00	L. 270.00
9	9	Gasa 2x2	Paquete	12	L. 40.00	L. 480.00
10	10	Baberos	Caja de 500 Unidades	1	L. 600.00	L. 600.00
11	11	Agua Destilada	Galón	10	L. 150.00	L. 1,500.00
12	12	Bata Desechable	Unidad	36	L. 40.00	L. 1,440.00
13	13	Lubricante pieza de mano	Bote	1	L. 1,000.00	L. 1,000.00
14	14	Fresa Redonda	Unidad	20	L. 40.00	L. 800.00
15	15	Fresa Troncocónica	Unidad	20	L. 40.00	L. 800.00
16	18	Toallas Clorox	Bote	5	L. 110.00	L. 550.00
17	19	Espejo Intraoral con mango	Unidad	5	L. 90.00	L. 450.00
18	20	Jeringa Carpule	Unidad	5	L. 380.00	L. 1,900.00
19	21	Elevador Recto Fino	Unidad	3	L. 180.00	L. 540.00
20	22	Elevador Recto normal	Unidad	3	L. 180.00	L. 540.00
21	23	Hilo retractor 000	Unidad	1	L. 380.00	L. 380.00
					Sub-Total	L. 21,930.00
					Impuesto	
					Total	L. 21,930.00

ELABORADO POR  ADMINISTRACION Licda. Edenia Romero	REVISADO POR  COORDINACION Lic. Ever Garcia	APROBADO POR EL SEÑOR  ALCALDESA Licda. Suyapa Jacqueline Trejo
--	---	--

RECIBIDA LA O.C. POR PROVEEDOR  Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION



Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION

Nombre del Proveedor: Servicios, Suministros y Equipo Medico y Dental "CMO DENTAL S. DE R.L."

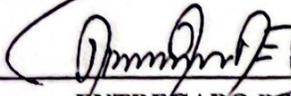
Numero Orden de Compra: 28-2024



DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cant. Según Orden	Cantidad recibida	Diferencia	Fecha de Vencimiento
1	Anestesia Articaina	Caja	6	6	-	03/2026
2	Resina A2 Clásica Kuraray	Jeringa	1	1		09/2026
3	Resina A2 Dentina Kuraray	Jeringa	1	1		10/2026
4	Resina A3 Esmalte Kuraray	Jeringa	1	1		08/2024
5	Resina A3 Clásica Kuraray	Jeringa	1	1		12/2026
6	Guantes Nitrilo talla "S"	Caja	12	12		03/2024
7	Succiones	Bolsas	3	3		11/2028
8	Aplicador de Bonding	Bote por 100 Unidades	2	2		
9	Gasa 2x2	Paquete	12	12		14/11/2028
10	Baberos	Caja de 500 Unidades	1	1		11/2028
11	Agua Destilada	Galón	10	10	*	05/2024
12	Bata Desechable	Unidad	36	36		11/2028
13	Lubricante pieza de mano	Bote	1	1		-
14	Fresa Redonda	Unidad	20	20		-
15	Fresa Troncocónica	Unidad	20	20		-
16	Toallas Clorox	Bote	5	5		10/2026
17	Espejo Intraoral con mango	Unidad	5	5		-
18	Jeringa Carpule	Unidad	5	5		11/2028
19	Elevador Recto Fino	Unidad	3	3		
20	Elevador Recto normal	Unidad	3	3		
21	Hilo retractor 000	Unidad	1	1		10/2028

Scanned with CamScanner

ENTREGADO POR 
 NOMBRE: Cristian Navarro



RECIBIDO POR 
 NOMBRE: Merys Mejia

LUGAR Y FECHA:



23 may. 2024 3:37:16 p. m.
Número de índice: 739



ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Medico Odontologo CIS SULA** lo siguiente:

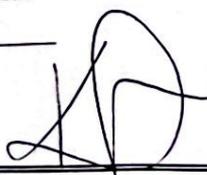
ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total	
1	Anestesia Articaína	Caja	6	720.00	L 4,320.00	
2	Resina A2 Clásica Kuraray	Jeringa	1	990.00	L 990.00	
3	Resina A2 Dentina Kuraray	Jeringa	1	990.00	L 990.00	
4	Resina A3 Esmalte Kuraray	Jeringa	1	990.00	L 990.00	
5	Resina A3 Clásica Kuraray	Jeringa	1	990.00	L 990.00	
6	Guantes Nitrilo talla "S"	Caja	12	165.00	L 1,980.00	
7	Succiones	Bolsas	3	140.00	L 420.00	
8	Aplicador de Bonding	Bote por 100 Unidades	2	135.00	L 270.00	
9	Gasa 2x2	Paquete	12	40.00	L 480.00	
10	Baberos	Caja de 500 Unidades	1	600.00	L 600.00	
11	Agua Destilada	Galón	10	150.00	L 1,500.00	
12	Bata Desechable	Unidad	36	40.00	L 1,440.00	
13	Lubricante pieza de mano	Bote	1	1,000.00	L 1,000.00	
14	Fresa Redonda	Unidad	20	40.00	L 800.00	
15	Fresa Troncocónica	Unidad	20	40.00	L 800.00	
16	Toallas Clorox	Bote	5	110.00	L 550.00	
17	Espejo Intraoral con mango	Unidad	5	90.00	L 450.00	
18	Jeringa Carpule	Unidad	5	380.00	L 1,900.00	
19	Elevador Recto Fino	Unidad	3	180.00	L 540.00	
20	Elevador Recto normal	Unidad	3	180.00	L 540.00	
21	Hilo retractor 000	Unidad	1	380.00	L 380.00	
Nota: Dichos insumos seran manejados bajo cardex en cumplimiento a Lineamientos SESAL					SUB TOTAL	L. 21,930.00
					15% ISV	L. -
					TOTAL	L. 21,930.00

Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 21/05/2024


 ENTREGADO POR
 NOMBRE: Edenia B. Romero
 CARGO: Administrador




 RECIBIDO POR
 NOMBRE: Katia Madrid
 CARGO: odontologa CIS Sula.




 TESTIGO

NOMBRE: Yandri Navarrete
 CARGO: Estadística





**ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT**
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007880

23 de mayo de 2024

MACUELIZO

Lugar y Fecha

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE
RESPONSABILIDAD LIMITADA

21,930.00

Páguese a la orden de

VEINTIUN MIL NOVECIENTOS TREINTA CON CERÓ CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



[Handwritten signature]
Firma (s)

⑆0⑆100⑆⑆50⑆000⑆0900002503⑆00007880

CONCEPTO DEL PAGO Compra de Insumos Odontológicos según orden de Compra N° 28-2024 para el área de Odontología del Establecimiento de CIS SULA (21 Partidas) en cumplimiento a la cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	Compra de Insumos Odontológicos según orden de Compra N° 28-2024 para el área de Odontología del Establecimiento de CIS SULA (21 Partidas) en cumplimiento a la cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud		21,930.00	

CHEQUE No. 00007880
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
SANTA BARBARA

BALANCE



AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME



C.M.O DENTAL S. DE R.L.

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

R. T. N. 16019016867914 - TEL. 2657-2003 // 2510-3480 // 95024641

BARRIO EL CENTRO, CALLE PRINCIPAL, SAN LUIS, S. B. HONDURAS, C. A.

Email: cmosanluis0708@gmail.com

CAI: 87D1E7-71C56F-924FB9-03B11B-562C43-C4

FACTURA

000-001-01-00

Nº 015896

Nombre: Alcaldia Municipal de Marueño

R. T. N. 16139011360075

Dirección: Marueño Santa Barbara

DIA	MES	AÑO
23	05	24

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	Desc./Rebajas Otorgados	TOTAL LPS.
6	Anestesia al H.	720.00		4320.00
3	Elevadores Rectos Normal	180.00		540.00
3	Elevadores Rectos fino	180.00		540.00



CONSTANCIA DE REG. EXONERADO	
ORDEN DE COMPRA EXENTA	
NUMERO DE REGISTRO S. A. G.	

La Factura es beneficio de todos "EXIJALA"

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL S. DE R.L.

PAGADO

Firma de Recibido

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	5400.00
IMPORTE GRAVADO 15% L.	
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
15% IMP. S. / VTAS L.	
18% IMP. S. / VTAS L.	
TOTAL A PAGAR L.	5400.00

Original: Cliente / Copia: Emisor / Copia: Archivo

CONTADO CREDITO

Son: Cinco Mil Cuatrocientos Lempiros Exactos

Imp. Santa Barbara - RTN 05011965013770 - CERT. No. 9231-22-10500-89 - Tel. 2643-1398
24TI. 000-001-01-00015.501 - 000-001-01-00016.700 - Fech. Recepción - 12/04/2024 - Limite Emisión - 12/04/2025



C.M.O DENTAL S. DE R.L.

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

R. T. N. 16019016867914 - TEL. 2657-2003 // 2510-3480 // 95024641

BARRIO EL CENTRO, CALLE PRINCIPAL, SAN LUIS, S. B. HONDURAS, C. A.

Email: cmosanluis0708@gmail.com

CAI: 87D1E7-71C56F-924FB9-03B11B-562C43-C4

FACTURA

000-001-01-00

Nº 015895

Nombre: Akaldia Municipal de Marvelia

R. T. N. 16139011360075

Dirección: Marvelia Santa Barbara

DIA	MES	AÑO
23	05	24

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	Desc./Rebajas Otorgados	TOTAL LPS.
10	Bulones de Agua Dentada	150.00		1,500.00
36	Bata Desechable 'S'	40.00		1,440.00
1	Lubricante Sirona	1,000.00		1,000.00
20	Fresa Redonda 001-014M	40.00		800.00
70	Fresa Transconica 014M	40.00		2,800.00
5	Toallas Wipes	110.00		550.00
5	Espesjas con Mucos	90.00		450.00
5	Jeringas Curpuler	380.00		1,900.00
1	Hilo Retractor 000	380.00		380.00



CONSTANCIA DE REG. EXONERADO	
ORDEN DE COMPRA EXENTA	
NUMERO DE REGISTRO S. A. G.	

*La Factura es
beneficio de todos
"EXIJALA"*

SERVICIOS, SUMINISTROS Y
EQUIPO MEDICO Y DENTAL S. DE . L.
PAGADO
Firma de Recibido

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	8,870.00
IMPORTE GRAVADO 15% L.	
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
15% IMP. S. / VTAS L.	
18% IMP. S. / VTAS L.	
TOTAL A PAGAR L.	8,870.00

Original: Cliente / Copia: Emisor / Copia: Archivo

CONTADO CREDITO

Son: Ocho Mil Ochocientos Veinte lempiras. Enteros

Imp. Santa Barbara - RTN 05011965013770 - CERT. No. 9231-22-10500-89 - Tel. 2643-1398
24TI: 000-001-01-00015 501 - 000-001-01-00016 700 - Fech. Recepción - 12/04/2024 - Limite Emisión - 12/04/2025



C.M.O DENTAL S. DE R.L.

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

R. T. N. 16019016867914 - TEL. 2657-2003 // 2510-3480 // 95024641

BARRIO EL CENTRO, CALLE PRINCIPAL, SAN LUIS, S. B. HONDURAS, C. A.

Email: cmosanluis0708@gmail.com

CAI: 87D1E7-71C56F-924FB9-03B11B-562C43-C4

FACTURA

000-001-01-00

Nº 015894

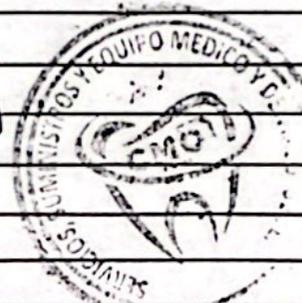
Nombre: Alcaldia Municipal de Macuelizo

R. T. N. 16139011360075

Dirección: Macuelizo Santa Barbara

DIA	MES	AÑO
23	05	24

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	Desc./Rebajas Otorgados	TOTAL LPS.
1	Resina A2 Clasica Kuraray	900.00		900.00
1	Resina A2 Pontina Kuraray	900.00		900.00
1	Resina A3 Esmalte Kuraray	900.00		900.00
1	Resina A3 Clasica Kuraray	900.00		900.00
12	Avante Artido "S"	165.00		1980.00
3	Succiones	140.00		420.00
2	Microbrush Regular	135.00		270.00
12	Resas 2x2	40.00		480.00
10	Paga de Biberon	60.00		600.00



SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL S. DE R.L.
PAGADO
 Firma de Recibido

CONSTANCIA DE REG. EXONERADO	
ORDEN DE COMPRA EXENTA	
NUMERO DE REGISTRO S. A. G.	

La Factura es
beneficio de todos
"EXIJALA"

Original: Cliente / Copia: Emisor / Copia: Archivo

CONTADO CREDITO

Son: Siete Mil Setecientos Noventa y Cinco

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	7,710.00
IMPORTE GRAVADO 15% L.	
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
15% IMP. S. / VTAS L.	
18% IMP. S. / VTAS L.	
TOTAL A PAGAR L.	7,710.00

Imp. Santa Barbara - RTN 05011965013770 - CERT. No. 9231-22-10500-89 - Tel. 2643-1398
 24TI: 000-001-01-00015-501 - 000-001-01-00015-700 - Fech. Recepción - 12/04/2024 - Limite Emisión - 12/04/2025



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



Emisión: 22/05/2024
Hora : 10:48 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9646

L.: 1,428.95

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 7796

Fecha de Emision: 22/5/2024

No.Cheque/Nota de Debito: 7881

Paguese a: MC DENTAL S DE RL

Id/RTN: 08019006040060

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

Descripcion:

Compra de Insumos Odontológicos según orden de Compra N° 29-2024 para el área de Odontología del Establecimiento de Salud de CIS SULA (4 Partidas), en cumplimiento a la cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 39560 14-012-01	Materiales y Suministros Odontológicos	1,428.95

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	1,428.95
Monto Total:		1,428.95

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	1,428.95
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	1,428.95

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcaldesa

Firma y Sello de Tesorero

Recibido por: X Maria Josie Romero Roman
Identidad No.: X 0405 1995 0026 2

0s+js/j9JmexcG081jfmIvYITtoXrFsHkyX6+b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrdYg30X18TNeScvmjOnR51tAIOWdIeqnazw44VVNcRrRKV VfpFz7sQVf7T8sV1KH6TzgjZuzFpoNAA0tGQ7Y=

Solicitud

13 - mayo - 2024

Licda. Suyapo Jacqueline Trejo
Alcaldesa municipal.

Reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus delicadas funciones diarias.

Sirva la misma para presentar mi Solicitud de materiales odontológicos para la clínica de CIS Sula correspondiente a 6 meses, la cual adjunto en la siguiente hoja.

En espera de una pronta y positiva respuesta.

Atte.

Dra. Katia Madrid
Odontóloga CIS Sula.



[Handwritten signature]

Material	Cantidad	Presentación
1.. Anestesia Articaina	6	caja
2.. Resina A2 clasica Kuraray	1	jeringa
3.. Resina A2 Dentina Kuraray	1	jeringa
4.. Resina A3 Esmalte Kuraray	1	jeringa
5.. Resina A3 Clasica Kuraray	1	jeringa
6.. Guantes nitrilo talla S	12	cajas
7.. Succiones	3	bolsas
8.. Aplicador de bonding	2	bote x 100und.
9.. Gasas 2x2	12	paquetes
10.. Baberos	1	caja x 500und.
11.. Agua destilada	10	galones
12.. Bata desechable	36	unidades.
13.. Lubricante pica de mano	1	bote
14.. Fresa redonda	20	und.
15.. Fresa troncoconico	20	und.
16.. Disco jiffy para pulir (verde, amarillo y blanco)	5/u.	und.
17.. Disco pelo de cabra	2	und.
18.. Toallas clorox	5	botes.
19.. Espejo intraoral con mango	5	und.
20.. Jeringa carpule	5	und.
21.. Elevador recto fino	3	und.
22.. Elevador recto normal	3	und.
23.. Hilo retractor 000	1	und.



SECRETARÍA DE SALUD
 SUB SECRETARÍA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD
 UNIDAD DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA

Convenio de Gestión I Semestre del año 2024

Región Sanitaria: Santa Barbara N°16
 Gestor: Municipalidad de Macuelizo
 Municipio: Macuelizo
 Población: 40,228



Macuelizo
 Gobierno de la Provincia

Presupuesto del 01 de Enero al 30 de Junio 2024

Código	Descripción	Presupuesto aprobado	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
25300	Servicio de Imprenta, Publicaciones y reproducciones	40,000.00	40,000.00			
25400	Primas y Gastos de Seguro	-	-	-		
25500	Comisiones y Gastos Bancarios	2,000.00	1,000.00	1,000.00		
25600	Publicidad y Propaganda	-	-	-		
25700	Servicios de Internet	8,999.94	4,499.97	4,499.97		
25900	Otros Servicios comerciales y financieros	-	-	-		
26210	Viáticos Nacionales	16,000.00	6,000.00	10,000.00		
30000	MATERIALES Y SUMINISTROS	1,798,227.47	773,762.79	1,024,464.68		
31110	Alimentos y Bebidas para Personas	60,000.00	35,000.00	25,000.00		
32310	Prendas de Vestir	-	-	-		
34400	Llantas y camaras de aire	25,000.00	15,000.00	10,000.00		
35210	Productos Farmacéuticos y Medicinales	1,018,627.47	342,562.79	676,064.68		
35400	Insecticidas, Fumigaciones y otros	-	-	-		
35610	Gasolina	14,500.00	8,000.00	6,500.00		
35620	Diesel	85,100.00	46,100.00	39,000.00		
39100	Elementos de Limpieza y aseo personal	90,000.00	80,000.00	10,000.00		
39200	Utiles de Escritorio Y Oficina	95,000.00	95,000.00	-		
39520	Instrumental y Material para laboratorio	75,000.00	75,000.00	-		
39530	Instrumental Médico Quirúrgico Menor	265,000.00	37,100.00	227,900.00		
39560	Materiales y Suministros Odontologicos	65,000.00	35,000.00	30,000.00		
39600	Otros Repuestos y Accesorios Menores	5,000.00	5,000.00	-		
40000	BIENES CAPITALIZABLES.					
23400	Construcciones y mejoras de bienes nacionales (Inversión en obras de infraestructura)	-	-	-		
42110	Muebles Varios de Oficina	-	-	-		
42120	Equipos Varios de Oficina	-	-	-		

Scanned with CamScanner



SECRETARIA DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

Plan Anual de Compras y contrataciones-Fondos Convenio del 01 de Enero al 30 de Junio 2024

Nº	Objeto de Gasto	Categoría y Descripción del Contrato de Adquisiciones	Costo Total Estimado de la Adquisición (Lempiras)	Cantidad A ejecutar por Trimestre				Modalidad de Adquisición	Fuente de Financiamiento %		Fecha Estimada Inicio de la Contratación	Status (Pendiente, en proceso, adjudicado, cancelado)	Comentarios
				I	II	III	IV		Fondos Nacionales	Otros Fondos			
1	2000	Servicios No Personales											
1.1	21430	Telefonía Celular	L 3,900.00	L 1,950.00	L 1,950.00	L -	L -	Contrato	x		Mensual	Previsto	Según Necesidad
1.2	23200	Mantenimiento y Reparación de Equipos y medios transporte	L 60,000.00	L 40,000.00	L 20,000.00	L -	L -	1 Cotizacion	x		Mensual	Previsto	Según Necesidad
1.3	23330	Mantenimiento y Reparación de Equipo Sanitario y de Laboratorio	L 30,000.00	L -	L 30,000.00	L -	L -	1 Cotizacion	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
1.4	23350	Mantenimiento y Reparación de Equipo para computación	L 20,000.00	L 10,000.00	L 10,000.00	L -	L -	1 Cotizacion	x			Previsto	Computadoras
1.5	23360	Mantenimiento y reparación de equipo de oficina y muebles	L 33,250.00	L 15,000.00	L 18,250.00	L -	L -	1 Cotizacion	x			Previsto	Según Necesidad
1.6	23600	Mantenimiento de Sistemas Informaticos	L 30,000.00	L -	L 30,000.00	L -	L -	1 Cotizacion	x			Previsto	Instalacion de Software en las computadoras que se compraran
1.7	24130	Servicios Medicos	L 51,840.00	L 24,780.00	L 27,060.00	L -	L -	Cotizacion / Contrato	x		Mensual	Previsto	Citologias
1.8	25300	Servicio de Imprenta, Publicaciones y Reproducciones	L 40,000.00	L 40,000.00	L -	L -	L -	1 Cotizacion	x			Previsto	
1.9	25700	Servicios de Internet	L 8,999.94	L 4,499.97	L 4,499.97	L -	L -	Cotizacion / Contrato	x		Mensual	Previsto	
Total de Servicios No Personales			L 277,989.94	L 136,229.97	L 141,759.97	L -	L -						
2	3000	Materiales y Suministros											
2.1	31110	Productos Alimenticios y Bebidas	L 60,000.00	L 35,000.00	L 25,000.00	L -	L -	2 Cotizaciones	x		Mensual	Previsto	Según Necesidad
2.2	34400	Llantas y camaras de aire	L 25,000.00	L 15,000.00	L 10,000.00	L -	L -	1 Cotizacion	x		Anual	Previsto	Según Necesidad
2.3	35210	Productos Farmaceuticos y Medicinales	L 1,018,627.47	L 342,562.79	L 676,064.68	L -	L -	Cotizacion / Licitacion Privada	x		Mensual	Previsto	En el primer trimestre se realizaran compras por cotizacion, para el II trimestre se realizara Licitacion Privada.
2.7	39100	Elementos de Limpieza y aseo personal	L 90,000.00	L 80,000.00	L 10,000.00	L -	L -	2 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.8	39200	Utiles de Escritorio, oficina y enseñanza	L 95,000.00	L 95,000.00	L -	L -	L -	2 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.9	39520	Instrumental y Material para Laboratorio	L 75,000.00	L 75,000.00	L -	L -	L -	2 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.10	39530	Instrumental Medico Quirurgico Menor	L 265,000.00	L 37,100.00	L 227,900.00	L -	L -	3 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.11	39560	Materiales y Suministros Odontologicos	L 65,000.00	L 35,000.00	L 30,000.00	L -	L -	1 Cotizacion	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.12	39600	Repuestos y Accesorios	L 5,000.00	L 5,000.00	L -	L -	L -	1 Cotizacion	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
Total de Materiales y Suministros			L 1,698,627.47	L 719,662.79	L 978,964.68	L -	L -						

[Handwritten signatures and initials]

MC DENTAL SAN PEDRO SULA
 RTN: 08019006040060
 NOR-OSTE URBANO EL PEDREGAL
 Centro Comercial CBS, SAN PEDRO SULA
 CORTES HONDURAS
 3158-3857
 Cel: 3158-1168
 Correo: mcdntl@yahoo.com

PRESUPUESTO

de Presupuesto: 00011921

Fecha: 14/5/2024

Hora: 09:35

Cajero: Maria Romero

Fecha Vencimiento: 14/6/2024

Facturar A:

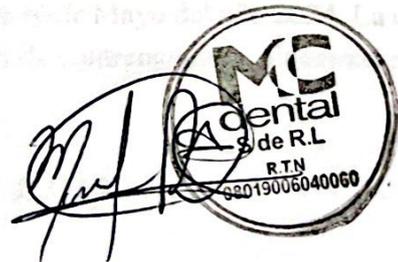
Cliente #:16139011360075

Nombre:MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

Telefono #:9668-9382

Codigo Articulo	DESCRIPCION	CANT.	ISV	PRECIO U.	TOTAL
7015	JIFFY DISCO GRUESO VERDE	5	15%	73.91	369.55
7016	JIFFY DISCO MEDIUM AMARILLO	5	15%	73.91	369.55
7017	JIFFY DISCO FINE BLANCO	5	15%	73.91	369.55
1029	JIFFY GOAT HAIR BRUSH	2	15%	66.96	133.92
Subtotal					1,242.57
I.S.V. 15%					186.39
Total L					1,428.95

Esta cotizacion vence el
 14/6/2024





Secretaria de Salud
Municipalidad de Macuelizo, Santa Bárbara
Modelo Descentralizado de Salud
Honduras C. A.
RTN 16139011360075



CARTA DE INVITACIÓN Y COTIZACIÓN DE OFERTAS

Macuelizo, Santa Bárbara 14 Mayo del año 2024

SEÑOR PRESENTE
MC DENTAL
SU OFICINA

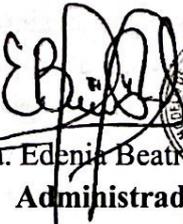
Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds. con el objeto de invitarles a participar en el procedimiento de cotización de **MATERIALES E INSUMOS DE ODONTOLOGIA**, para la **“PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA EN EL MUNICIPIO DE MACUELIZO, SANTA BARBARA”**.

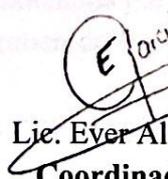
Por lo que se le invita a presentar ofertas para el suministro en referencia, para lo cual adjuntamos la lista de productos, insumos y materiales objeto de cotización.

El plazo límite para la presentación de la oferta es el día Jueves 16 de Mayo del año 2024. La oferta deberá ajustarse a las condiciones del presente procedimiento de contratación establecidas en los siguientes documentos que se adjuntan:

Anexo 1. Bases para la Adquisición de Materiales e Insumos de Odontología

Atentamente:


Licda. Ederia Beatriz Romero
Administradora


Lic. Ever Alexander García
Coordinador de la red



ANEXO 01

BASES PARA LA ADQUISICIÓN DE MATERIALES E INSUMOS ODONTOLÓGICOS POR COTIZACIÓN

Señores **SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL** sírvase cotizar los productos/Materiales que se detallan en la Base de Cotización a más tardar el día Jueves 16 de Mayo 2024 el que deberán enviar vía expreso a oficinas del Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo o correo electrónico edenia.brit92@gmail.com.

1. Condiciones Especiales

a. Especificaciones técnicas de los productos.

No.	Descripción	Presentación	Cantidad Solicitada
1	Disco Jiffy para pulir color Verde)	Unidad	5
2	Disco Jiffy para pulir color amarillo	Unidad	5
3	Disco Jiffy para pulir color blanco	Unidad	5
4	Disco Pelo de Cabra	Unidad	2

Nota: De no contar con el 100% de los materiales e insumos favor detallar en la cotización el porque no lo cotiza.

b. Documentos del proveedor

El proveedor deberá presentar en un sobre que contendrá la **Oferta Original**. La documentación que contendrán las ofertas será la siguiente:

1. Cotización la cual debe de presentarse de conformidad con el formato de su Droguería **“COTIZACION FORMAL”** a nombre de **ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO / RTN 16139011360075**
2. Anexo No. 1 Bases para la adquisición de **Materiales e Insumos Odontológicos** por cotización, **firmada y sellada**
3. Certificación de estar inscrito en el Registro de Proveedores y Contratistas de la Oficina Normativa de Contrataciones y Adquisiciones del Estado o Constancia de estar en trámite **“ONCAE”**.
4. Constancia de estar inscrito en la Cámara de Comercio e Industrias de la localidad **vigente**.
5. Fotocopia del Registro Tributario nacional (RTN) de la empresa.
6. Fotocopia de la Constancia de Solvencia fiscal extendida por la SAR **vigente**.
7. Fotocopia de Solvencia de estar sujetos al Régimen de Pagos a Cuenta extendida por la SAR **vigente**.
8. Fotocopia del Permiso de Operación **vigente** extendido por la Alcaldía Municipal de su domicilio.

9. Licencia Sanitaria de la Empresa Vigente, de no contar con la licencia vigente presentar el

c. Entrega de los productos

La entrega de los Materiales e insumos Odontológicos se efectuará en las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud en el barrio El Centro, Macuelizo, Santa Bárbara o en su defecto en las Oficinas del Proveedor.

La recepción de dichos suministros, será realizada por:

- El responsable (a) del Almacén del Proyecto de Salud Descentraliza o su representante.

d. Tiempo de entrega

El plazo de tiempo para la entrega será libres y negociables con el oferente adjudicado pero su periodo máximo de entrega será de tres (3) días hábiles, los cuales, se empezarán a contar a partir del día siguiente de haber recibido la Orden de Compra.

e. Recepción de los productos

No se recibirán productos que tengan un vencimiento menor o igual a 1 año.

f. Traslado de los productos.

El Proveedor seleccionado, asumirá los costos y riesgos en que se incurra en el traslado de los productos desde sus oficinas hasta el lugar de entrega.

g. Pago de los Productos

Los productos se pagarán después de una semana de recibido el 100%, o en su defecto se pagará el 100% al momento de la Recepción de los Materiales e Insumos.

Siendo la entrega del pago en las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud.

h. Reposición de Productos

Los productos que se dañen por el traslado serán reembolsados por el Proveedor durante un periodo que no exceda la fecha de vencimiento de los mismos.

i. Consultas

Cualquier consulta relativa a esta cotización favor hacerla a Licda. Edenia Beatriz Romero Sabillon a la siguiente dirección: edenia.brit92@gmail.com, Cel: 9668-9382

j. Órdenes de Compra

Al ser seleccionado el Proveedor se emitirá la orden de compra a la cual se le adjuntaran estas bases las que pasaran a formar parte de la misma.

María José Romero

Nombre Representante de la
Empresa

Encargada Tienda

Cargo



Firma y Sello

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

REGISTRO DE PROVEEDORES DEL ESTADO No. 4448-2023

El Registro de Proveedores de la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado (ONCAE), **HACE CONSTAR** que la **Sociedad Mercantil MC DENTAL S. DE R.L.**, con Registro Tributario Nacional No. **08019006040060** y con domicilio en el municipio de Distrito Central, Departamento de Francisco Morazan, mediante su Representante el señor (a) **MIRIAM AIDA LOPEZ DOMINGUEZ** actuando como apoderado legal el abogado (a) **MIRIAM AIDA LOPEZ DOMINGUEZ** con carnet de colegiación No. **0801195800753** presentó solicitud en fecha 26/10/2023 acompañada con los documentos requeridos para la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, la cual una vez revisada y analizada, se determinó que cumple con los requisitos establecidos por esta oficina, por lo tanto, se procedió a inscribirla (o) en el Registro de Proveedores de la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado bajo el número de inscripción **4448-2023** en el área de actividad relativa a **Bienes y Servicios**. Corresponderá a los respectivos órganos responsables de la contratación, tanto la evaluación de la capacidad de ejecución como la comprobación de datos referentes a la idoneidad técnica, profesional y solvencia económica-financiera suministrados por la **Sociedad Mercantil MC DENTAL S. DE R.L.**

En aplicación a los artículos 120 y 122 de la Ley de la Administración Pública; 1, 2, 22, 23, 24, 25, 26, 31 y 56 de la Ley de Procedimiento Administrativo; 31 numeral 1, 34, 36 y 37 de la Ley de Contratación del Estado; 1, 2, 23, 29, 54, 55, literal a), 57, 59, 61, 62, 64, y 69 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado extiende la presente **CONSTANCIA DE INSCRIPCION CON VIGENCIA DE TRES (3) AÑOS** a partir de la fecha de emisión. Esta Inscripción podrá ser cancelada en los casos que dispongan la Ley de Contratación del Estado, su Reglamento y otras disposiciones legales.

Emitida en Tegucigalpa, M.D.C. Departamento de Francisco Morazán, a los **16** días del mes **Noviembre** del año **2023**.

REGISTRO DE PROVEEDORES

Fecha de Emisión: 16 noviembre 2023

Válido hasta 16 noviembre 2026

Código Verificación:



Código de Verificación: 0475b2ec-1557-4fe1-b515-def876382f37

Verifique la validez de este documento en:

<http://sicc.honducompras.gob.hn/ONCAECertificado/Certificado.aspx?certificacion=42035>

Expediente No.	42035
Sociedad Mercantil Nacional	MC DENTAL S. DE R.L.
No. de Resolución	4448-2023
No. de Certificación	4448
Fecha Fin de Vigencia del inscripción	16/11/2026
Área de Actividad	Bienes y Servicios
Rubro	Tuberías odontológicas, Escupidoras odontológicas, Dispensadores de material odontológico, Fuentes de iluminación odontológicas generales, Tonos odontológicos
Registro Tributario Numérico	08019006040060
Certificación del Órgano Societario	MIRIAM AIDA LOPEZ DOMINGUEZ, MIRIAM DAMARIS ERAZO LOPEZ
Domicilio Legal	Honduras, Francisco Morazan, Distrito Central
Dirección	COLONIA TRES CAMINOS, BLOQUE K, LOTE 188
Teléfono	96807563
Correo Electrónico	mperdomo@mcdentalthonduras.com

Fecha de Emisión: 16 noviembre 2023

Válido hasta 16 noviembre 2026

Código Verificación:



Código de Verificación: 0475b2ec-1557-4fe1-b515-def876382f37

Verifique la validez de este documento en:

<http://sicc.honducmpras.gob.hn/ONCAEcertificado/Certificado.aspx?certificacion=42035>



Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa
Trabajando con los valientes que transforman a Honduras

CONSTANCIA DE REGISTRO,
MEMBRESIA Y SOLVENCIA.

El Registrador de la **Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa ("CCIT")**, HACE CONSTAR QUE LA EMPRESA: **MC DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA**, está inscrita en el registro de esta organización bajo el No. **16319**, Folio **8413**, Tomo **XIX**, de fecha **06 de JUNIO de 2011**, del Libro de Comerciantes Sociales y se encuentra **SOLVENTE** en el pago de su membresía a **DICIEMBRE de 2024**.

Extendida en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, a los dieciséis días del mes de mayo del año dos mil veinticuatro.


YAJAIRA ISABEL RAMIREZ BENITEZ
Registro y Certificaciones 



REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE FINANZAS
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INGRESOS
REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL

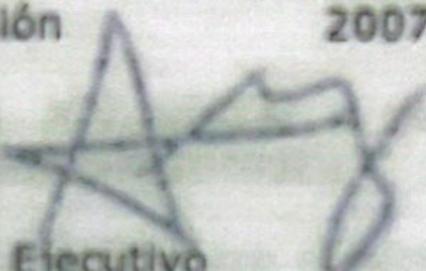
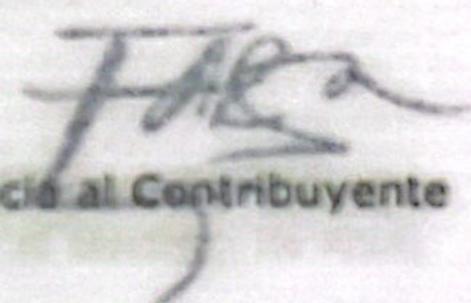
No.Doc. 412- 122617

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 del Impuesto Sobre Ventas

NOMBRE DEL INSCRITO	R.T.N.
	08019006040060
MC DENTAL S DE RL	

INSCRIPCIONES			
Venta y/o Selectivo	<input type="checkbox"/>	Máquina Tragamoneda	<input type="checkbox"/>
Importador	<input checked="" type="checkbox"/>	Imprentas	<input type="checkbox"/>

Fecha Emisión: 20070522 Fecha Vencimiento:

 Director Ejecutivo  Jefe Depto de Asistencia al Contribuyente

AAC200



CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL



151-24-10500-10391

La DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **M.C. DENTAL, S. DE R.L.**
Con Registro Tributario Nacional: **08019006040060**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-10391 en fecha 02/04/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25419368326 de fecha 02/04/2024 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: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de treinta días calendario a partir de la fecha 02/04/2024 hasta 01/05/2024, la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del 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.

JONY PORFIRIO JIMENEZ
DIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR

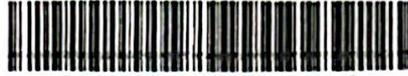


(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección <http://constancias.sar.gob.hn/>, ingresando el número 151-24-10500-10391 o mediante el siguiente código QR:





CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA



201-24-10500-44362

La DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **M.C. DENTAL, S. DE R.L.**
Con Registro Tributario Nacional: **08019006040060**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-44362 en fecha 07/05/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25410248202 de fecha 07/05/2024 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 202401, según Declaración 35743984376, presentada el 28/04/2024.

La presente Constancia vence el 01/07/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

JONY PORFIRIO JIMENEZ
DIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR



(*) 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 **201-24-10500-44362** o mediante el siguiente código QR:





MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA

MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA

LICENCIA DE OPERACIÓN DE NEGOCIO



PERMISO No. 90921 29/01/2024 **RENOVACIÓN**
DECLARACIÓN No 139344
FECHA EMISIÓN 2024 1 31/01/2024

FECHA VENCIMIENTO 31 de Diciembre del 2024

Habiendo cumplido con los requisitos establecidos en la Ordenanza Municipal vigente para la emisión de Licencia de Operación De Negocios en el municipio de San Pedro Sula, aprobada en el punto no. 05 del acta no.170, de la sesión ordinaria celebrada por la honorable Corporación Municipal de San Pedro Sula el 19 de diciembre del 2017, se otorga la presente Licencia de Operación a:

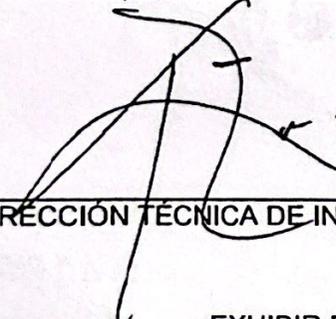
MC DENTAL S DE R.L.
MC DENTAL S DE R.L.

UBICADO EN: NOR-OESTE URBANO EL PEDREGAL CALLE: - AVE: - LOCAL: CATEGORÍA: C2
RTN o DNI.: 08019006040060 EXPEDIENTE :001 SUCURSAL :001 CLAVE CATASTRAL: NO013006002002
ZONIFICACIÓN:ZR4 HORARIO DE ATENCIÓN: Horario no controlado RIC/RMC : 1394053

GIRO COMERCIAL
VENTA DE EQUIPO PROFESIONAL Y CIENTIFICO E INSTRUMENTOS

(*) Es obligación del destinatario de la presente constancia verificar su validez a través de internet en la dirección <https://www.sanpedrosula.hn/validador>, ingresando el código ICSRTK4-QUVF-MTC o mediante el siguiente código QR:




DIRECCIÓN TÉCNICA DE INGRESOS




IMPRIMIÓ : Imejia
FECHA : 16/04/2024 01:10:01 PM

EXHIBIR ESTE PERMISO EN LUGARES VISIBLES DEL ESTABLECIMIENTO

LA CIUDAD QUE MÁS AVANZA

SAN PEDRO SULA

Scanned with CamScanner

Opinión técnica sobre insumos odontológicos solicitados.

14- mayo- 2024

Los materiales e insumos odontológicos son necesarios para realizar los diferentes tipos de procedimientos a los pacientes que acuden a CIS Sula por atención odontológica, es por eso, que tratamos de brindar atención de calidad con procedimientos que puedan garantizar la satisfacción de los usuarios empleando materiales de calidad que provean durabilidad en el tiempo y a la vez cumplan con la estética y funcionalidad adecuadas para satisfacer las exigencias de cada persona que nos visita.

En cuanto a la solicitud realizada para la compra de discos del sistema de pulido Jiffy, cabe mencionar que estos discos están fabricados con granos especiales que permiten un acabado, pulido y brillo de las resinas similar al diente, el sistema consta de tres discos color verde, amarillo y blanco y un cepillo de pulido (pelo de cabra) para el brillo final, además que se pueden esterilizar en autoclave contrario a otros discos del mercado, hasta el momento son los únicos que conozco que ofrezcan estas importantes cualidades, y hacen que el esfuerzo y tiempo que tomo en realizar cada restauración valga la pena al momento que el paciente mira los resultados naturales que se logran al finalizar el tratamiento.

Sin mas que agregar.

Atte. Dra. Katia Madrid
Odontóloga CIS Sula





miércoles, 15 de mayo de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
MC DENTAL	ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

Item	Parti da N°	Descripcion	Presentacion	Cantida d	P/Unitario	Precio Total
1	16	Disco Jiffy para pulir color Verde	Unidad	5	L 73.91	L 369.55
2	16	Disco Jiffy para pulir color Amarillo	Unidad	5	L 73.91	L 369.55
3	16	Disco Jiffy para pulir color Blanco	Unidad	5	L 73.91	L 369.55
4	17	Disco Pelo de Cabra	Unidad	2	L 66.96	L 133.92
Sub-Total						L 1,242.57
Impuesto						L 186.39
Total						L 1,428.95

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR GESTOR
 ADMINISTRACION Licda. Edenia Romero	 COORDINACION Lic. Ever Garcia	 ALCALDES Licda. Suyapa Jacqueline Trejo

RECIBIDA LA O.C POR PROVEEDOR
 Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION

ACTA DE RECEPCION

Nombre del Proveedor: MC DENTAL
 Numero Orden de Compra: 29-2024



DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cant. Según Orden	Cantidad recibida	Diferencia	Fecha de Vencimiento / Observacion
1	Disco Jiffy para pulir color Verde	Unidad	5	5	-	
2	Disco Jiffy para pulir color Amarillo	Unidad	5	5	-	
3	Disco Jiffy para pulir color Blanco	Unidad	5	5	-	
4	Disco Pelo de Cabra	Unidad	2	2	-	


 ENTREGADO POR

NOMBRE: María José Romero.


 RECIBIDO POR

NOMBRE: German Lopez

LUGAR Y FECHA: San Pedro Sula 29/05/2024







RTN: 08019006040060
 NOR-OSTE URBANO EL PEDREGAL
 Centro Comercial CBS, SAN PEDRO SULA
 CORTES HONDURAS
 3158-3857
 Cel: 3158-1168
 Correo: mcdnt1@yahoo.com

FACTURA

Cliente #: 16139011360075
 Nombre: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
 Telefono #: 9668-9382
 Dirección:

POS: P003
 Fecha: 29/5/2024 Hora: 08:48
 Cajero: Maria Romero
 Vendedor: Maria Romero

C. Cliente: 00003778
 N. Cliente: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

Documento Fiscal: 001-001-01-00043698
 CAI: 69E7D8-A02E52-CE4D81-2ABEAC-7E9620-5D
 Fecha limite emision: 15/01/2025
 Desde: 001-001-01-00041101
 Hasta: 001-001-01-00046100
 RTN: 16139011360075
 Nombre: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

No. Registro SAG:
 No. Orden de compra exenta:
 No. registro exonerado:
 No. Carnet exonerado:

ISV	DESCRIPCIÓN	CANT.	TOTAL
15	JIFFY DISCO GRUESO V 7015 Precio U: 73.91	5	369.55
15	JIFFY DISCO MEDIUM A 7016 Precio U: 73.91	5	369.55
15	JIFFY DISCO FINE BLA 7017 Precio U: 73.91	5	369.55
15	JIFFY GOAT HAIR BRU 1029 JIFFY GOAT HAIR BRUSH Precio U: 66.96	2	133.92

Total de descuentos y rebajas: L. 0.00
 Sub Total: L. 1242.56
 Importe Exonerado: L. 0.00
 Importe exento: L. 0.00
 Importe gravado 15%: L. 1242.57
 Importe gravado 18%: L. 0.00
 ISV 15%: L. 186.39
 ISV 18%: L. 0.00

TOTAL: L. 1428.95

CHEQUE 1,428.95

UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO CON 95/

Total Articulos: 17

TEL: 3158-1168



RTN: 08019006040060
 NOR-OSTE URBANO EL PEDREGAL
 Centro Comercial CBS, SAN PEDRO SULA
 CORTES HONDURAS
 3158-3857
 Cel: 3158-1168
 Correo: mcdnt1@yahoo.com

FACTURA

Cliente #: 16139011360075
 Nombre: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
 Telefono #: 9668-9382
 Dirección:

POS: P003
 Fecha: 29/5/2024 Hora: 09:48
 Cajero: Maria Romero
 Vendedor: Maria Romero

C. Cliente: 00003778
 N. Cliente: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

Documento Fiscal: 001-001-01-00043698
 CAI: 69E7D8-A02E52-CE4D81-2ABEAC-7E9620-5D
 Fecha limite emision: 15/01/2025
 Desde: 001-001-01-00041101
 Hasta: 001-001-01-00046100
 RTN: 16139011360075
 Nombre: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

No. Registro SAG:
 No. Orden de compra exenta:
 No. registro exonerado:
 No. Carnet exonerado:

ISV	DESCRIPCIÓN	CANT.	TOTAL
15	JIFFY DISCO GRUESO V 7015 Precio U: 73.91	5	369.55
15	JIFFY DISCO MEDIUM A 7016 Precio U: 73.91	5	369.55
15	JIFFY DISCO FINE BLA 7017 Precio U: 73.91	5	369.55
15	JIFFY GOAT HAIR BRU 1029 JIFFY GOAT HAIR BRUSH Precio U: 66.96	2	133.92

Total de descuentos y rebajas: L. 0.00
 Sub Total: L. 1242.56
 Importe Exonerado: L. 0.00
 Importe exento: L. 0.00
 Importe gravado 15%: L. 1242.57
 Importe gravado 18%: L. 0.00
 ISV 15%: L. 186.39
 ISV 18%: L. 0.00

TOTAL: L. 1428.95

CHEQUE 1,428.95

UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO CON 95/

Total Articulos: 17

Documento Fiscal Válido



OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN: 08019006040060
Nombre o Razón Social: M.C. DENTAL, S. DE R.L.
Nombre Comercial: MC DENTAL S. DE R.L.
Teléfono: 22399977 31585996
Email: mcdntl@yahoo.com
Dirección de Casa Matriz: BARRIO:RESIDENCIAL TRES CAMINOS, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: LOTE 188, BLOQUE: K, MUNICIPIO: DISTRITO CENTRAL, DEPARTAMENTO: FRANCISCO MORAZAN
Dirección de Establecimiento: DIRECCION: NOR-OESTE URBANO EL PEDREGAL, CENTRO COMERCIAL CBS, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES

GENERALES

Número del Documento: 001-001-01-00043698
Fecha de Autorización: 15/01/2024
Modalidad: SFC Independiente Fijo
Tipo de Documento: FACTURA
Fecha de Vencimiento: 15/01/2025
CAI: 69E7D8-A02E52-CE4D81-2ABEAC-7E9620-5D
Desde (Rango Autorizado): 001-001-01-00041101
Hasta (Rango Autorizado): 001-001-01-00046100

TRIBUTAR ES PROGRESAR

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn



ACTA DE ENTREGA

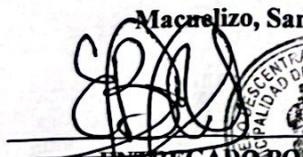
Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Medico Odontologo CIS SULA** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total	
1	Disco Jiffy para pulir color Verde	Unidad	5	73.91	L 369.55	
2	Disco Jiffy para pulir color Amarillo	Unidad	5	73.91	L 369.55	
3	Disco Jiffy para pulir color Blanco	Unidad	5	73.91	L 369.55	
4	Disco Pelo de Cabra	Unidad	2	66.96	L 133.92	
					SUB TOTAL	L. 1,242.57
					15% ISV	L. 186.39
					TOTAL	L. 1,428.95

Nota: Dichos insumos seran manejados bajo cardex en cumplimiento a Lineamientos SESAL

Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.

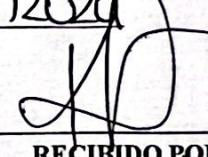
Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 04 Junio 2024



ENTREGADO POR

 NOMBRE: Edith Romero

 CARGO: Administradora



RECIBIDO POR

 NOMBRE: Katia Madrid

 CARGO: Odontologa

RECIBIDO POR

 NOMBRE: _____

 CARGO: _____

4 de junio de 2024, 2:53:23 p.m.

RN-130

Macuelizo Santa Bárbara

Honduras

Altitud:262.5meter



ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007881

23 de mayo de 2024

MACUELIZO

Lugar y Fecha

MC DENTAL S DE RL

1,428.95

L

Páguese a la orden de

UN MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO CON NOVENTA Y CINCO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Firma (s)

⑆01001150⑆00010900002503⑆00007881

CONCEPTO DEL PAGO Compra de Insumos Odontológicos según orden de Compra N° 29-2024 para el área de Odontología del Es de CIS SULA (4 Partidas), en cumplimiento a la cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud

PAGO DE Compra de Insumos Odontológicos según orden de Compra N° 29-2024 1,428.95

CUENTA Y SUB-CUENTA

CONCEPTO

PARCIAL

DEBE

HABER

CHEQUE No. 00007881

BALANCE



AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME



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



Emisión: 22/05/2024
 Hora : 10:48 a.m.
 USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9648
 L.: 16,400.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
 Expediente No.: 7798
 Fecha de Emisión: 22/5/2024
 No. Cheque/Nota de Debito: 7883
 Pague a: CARLOS HUMBERTO MEJIA BENITEZ
 La Cantidad en Letras: DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Id/RTN: 04191987000101

Descripción:

Pago por Mantenimiento y Limpieza completa, Instalación y Activación de Microsoft Office, Instalación de Antivirus con licencia de 1 año, Instalación de Programas de Utilería a 5 Computadoras de Escritorio y 3 Portátiles utilizadas en los diferentes departamentos de las oficinas del Equipo Técnico Coordinador y Laboratorio Clínico de CIS Sula. Siendo en Total 8 Computadoras.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 23350 14-012-01	Mantenimiento y Reparación de Equipo para Computación	16,400.00

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	16,400.00
Monto Total:		16,400.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	16,400.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	16,400.00

Firma y Sello de Presupuestado

Firma y Sello de Alcaldesa

Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por: Carlos Humberto Benitez
 Identidad No.: 0419198700010

0s+js/j9JmexcG081jfmIvYITtoXrFstHkyX6+tb6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jIkHCAie2sMBQLOGrQjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOwDleqnazw44VWNctRcRKV VfpFz7sQWJF7T8sV1KH6TzgjZuZfpoNAA0IGQ7Y=

Solicitud

**Macuelizo, Santa Bárbara,
13 de Mayo del 2024**

**Licda. Suyapa Jacqueline Trejo
Alcaldesa Municipal
Gestora de Salud
Su Oficina**

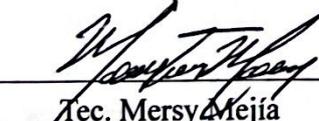
Reciba un cordial saludo, deseando muchos éxitos y bendiciones de nuestro divino creador, son nuestros sinceros deseos.

El Equipo Técnico Coordinador del Modelo Descentralizado de Salud en seguimiento al cumplimiento del Presupuesto del periodo del 01 de Enero al 30 de Junio del presente año **Solicita** el Mantenimiento y Limpieza completa, Instalación y Activación de Microsoft Office, Instalación de Antivirus con licencia de 1 año, Instalación de Programas de Utería a 5 Computadoras de Escritorio y 3 Portátiles utilizadas en los diferentes departamentos de las oficinas del Equipo Técnico Coordinador y Laboratorio Clínico de CIS Sula. Siendo en Total 8 Computadoras.

Esperando una pronta respuesta, nos suscribimos de Ud.

Atentamente:

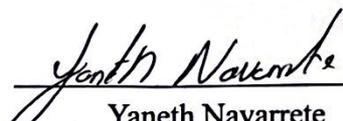

Licda. Edenia B. Romero
Administradora GDSS


Tec. Mersy Mejía
Asist. Administración GDSS


Tec. Gilliany Reyes
Digitadora GDSS


Lic. Ever A. Garcia
Coordinador GDSS


Tec. Marlon Paz
Coordinador P/S GDSS


Yaneth Navarrete
Estadígrafa GDSS


V.B.S.

MUNICIPALIDAD MACUELIZO SANTA BÁRBARA
LABORATORIO CLÍNICO CIS SULA MACUELIZO

SOLICITUD

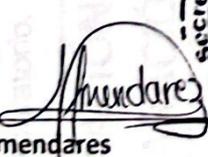
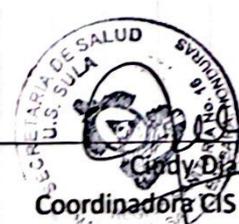
14 MAYO 2024

Coordinación Municipal Macuelizo Santa Bárbara
Gestora: Suyapa Jacqueline Trejo Cordón

Reciba un cordial saludo.

Atentamente me dirijo a usted para solicitar mantenimiento a computadora Compaq y de la impresora EPSON L365 que están en el área de digitación del Laboratorio, las cuales están presentando fallos.

A espera de su respuesta, muy atentamente.

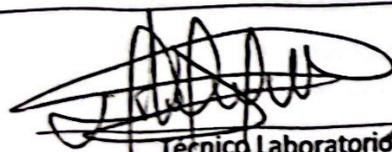


Daysi Lara / Cecilia Almendares
Técnico en Laboratorio Clínico CIS Sula

Cindy Diaz
Coordinadora CIS Sula

MUNICIPALIDAD MACUELIZO SANTA BARBARA.
LABORATORIO CIS SULA MACUELIZO SANTA BARBARA

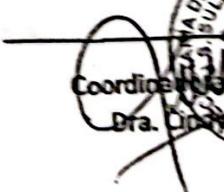
A quien corresponda:

Atentamente me dirijo a usted para hacerle la solicitud de mantenimiento de los siguientes equipos que son de importancia para el funcionamiento en el Laboratorio.

PROGRAMACIÓN DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y DE REPARACIÓN DE EQUIPOS EN EL LABORATORIO.					Fecha Emisión: 01/02/2024
N°	Descripción de Equipo	Fecha Programada del Mantenimiento	Fecha de Ejecución del Mantenimiento	Firma de Aceptación	Observaciones
1	1 computadora Compaq	Enero-Julio			
2	1 impresora EPSON L 365	Enero-Julio			


 Técnico Laboratorio




 Coordinadora del CIS
 Dra. Cruz Díaz

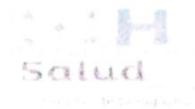


Scanned with CamScanner

SECRETARÍA DE SALUD
 SUB SECRETARÍA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD
 UNIDAD DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA

Convenio de Gestión I Semestre del año 2024

Región Sanitaria: Santa Barbara N°16
 Gestor: Municipalidad de Macuelizo
 Municipio: Macuelizo
 Población: 40,228



Presupuesto del 01 de Enero al 30 de Junio 2024						
Código	Descripción	Presupuesto aprobado	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre	Cuarto trimestre
10000	SERVICIOS PERSONALES	7,073,997.15	2,823,998.34	4,249,998.81	-	-
12100	Sueldos y Salarios	5,403,791.40	2,701,895.70	2,701,895.70	-	--
12410	Décimo tercer mes	450,315.95	-	450,315.95	-	--
12420	Decimocuarto Mes	450,315.95	-	450,315.95	-	--
11750	Contribuciones para Seguro Social	244,205.28	122,102.64	122,102.64	-	--
16100	Prestaciones laborales	525,368.57	-	525,368.57	-	--
20000	SERVICIOS NO PERSONALES	441,989.94	216,229.97	225,759.97	-	-
21110	Suministro de Energía Eléctrica	138,000.00	69,000.00	69,000.00	-	--
21200	Agua	6,000.00	3,000.00	3,000.00	-	--
21410	Correo Postal	2,000.00	1,000.00	1,000.00	-	-
21430	Telefonía	3,900.00	1,950.00	1,950.00	-	-
23200	Mantenimiento y Reparacion de Equipos y medios transporte	60,000.00	40,000.00	20,000.00	-	-
23330	Mantenimiento y Reparación de Equipo Sanitario y de Laboratorio	30,000.00	-	30,000.00	-	-
23350	Mantenimiento y Reparacion de Equipo para Computacion	20,000.00	10,000.00	10,000.00	-	-
23360	Mantenimiento y reparacion de Equipo de oficina y muebles	33,250.00	15,000.00	18,250.00	-	-
23400	Mantenimiento y Reparacion de Edificios y Locales	-	-	-	-	-
23500	Limpieza, Aseo y Fumigación	-	-	-	-	-
23600	Mantenimiento de Sistemas Informaticos	30,000.00	-	30,000.00	-	-
24130	Servicios Médicos	51,840.00	24,780.00	27,060.00	-	-
24710	Servicios de Consultoria de Gestion Administrativa, Financiera y Actividades Conexas	-	-	-	-	-
25100	Servicio de Transporte	-	-	-	-	-

Scanned with CamScanner

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]



SECRETARIA DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

Plan Anual de Compras y contrataciones-Fondos Convenio del 01 de Enero al 30 de Junio 2024

N°	Objeto de Gasto	Categoría y Descripción del Contrato de Adquisiciones	Costo Total Estimado de la Adquisición (Lempiras)	Cantidad A ejecutar por Trimestre				Modalidad de Adquisición	Fuente de Financiamiento %		Fecha Estimada	Status (Pendiente, en proceso, adjudicado, cancelado)	Comentarios
				I	II	III	IV		Fondos Nacionales	Otros Fondos			
1	2000	Servicios No Personales											
1.1	21430	Telefonía Celular	L. 3,900.00	L. 1,950.00	L. 1,950.00	L. -	L. -	Contrato	x		Mensual	Previsto	Según Necesidad
1.2	23200	Mantenimiento y Reparación de Equipos y medios transporte	L. 60,000.00	L. 40,000.00	L. 20,000.00	L. -	L. -	1 Cotización	x		Mensual	Previsto	Según Necesidad
1.3	23330	Mantenimiento y Reparación de Equipo Sanitario y de Laboratorio	L. 30,000.00	L. -	L. 30,000.00	L. -	L. -	1 Cotización	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
1.4	23350	Mantenimiento y Reparación de Equipo para computación	L. 20,000.00	L. 10,000.00	L. 10,000.00	L. -	L. -	1 Cotización	x			Previsto	Computadores
1.5	23360	Mantenimiento y reparación de equipo de oficina y muebles	L. 33,250.00	L. 15,000.00	L. 18,250.00	L. -	L. -	1 Cotización	x			Previsto	Según Necesidad
1.6	23600	Mantenimiento de Sistemas Informáticos	L. 30,000.00	L. -	L. 30,000.00	L. -	L. -	1 Cotización	x			Previsto	Instalación de Software en las computadoras que se compraron
1.7	24130	Servicios Medicos	L. 51,840.00	L. 24,780.00	L. 27,060.00	L. -	L. -	Cotización / Contrato	x		Mensual	Previsto	Cirujías
1.8	25300	Servicio de Imprenta, Publicaciones y Reproducciones	L. 40,000.00	L. 40,000.00	L. -	L. -	L. -	1 Cotización	x			Previsto	
1.9	25700	Servicios de Internet	L. 8,999.94	L. 4,499.97	L. 4,499.97	L. -	L. -	Cotización / Contrato	x		Mensual	Previsto	
Total de Servicios No Personales			L. 277,989.94	L. 136,239.97	L. 141,759.97	L. -	L. -						
2	3000	Materiales y Suministros											
2.1	31110	Productos Alimenticios y Bebidas	L. 60,000.00	L. 35,000.00	L. 25,000.00	L. -	L. -	2 Cotizaciones	x		Mensual	Previsto	Según Necesidad
2.2	34400	Llantas y camaras de aire	L. 25,000.00	L. 15,000.00	L. 10,000.00	L. -	L. -	1 Cotización	x		Anual	Previsto	Según Necesidad
2.3	35210	Productos Farmaceuticos y Medicinales	L. 1,018,627.47	L. 342,562.79	L. 676,064.68	L. -	L. -	Cotización / Licitación Privada	x		Mensual	Previsto	En el primer trimestre se realizaron compras cotización, para el II trimestre se realizaron Licitación Privada.
2.7	39100	Elementos de Limpieza y aseo personal	L. 90,000.00	L. 80,000.00	L. 10,000.00	L. -	L. -	2 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.8	39200	Utiles de Escritorio, oficina y enseñanza	L. 95,000.00	L. 95,000.00	L. -	L. -	L. -	2 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.9	39520	Instrumental y Material para Laboratorio	L. 75,000.00	L. 75,000.00	L. -	L. -	L. -	2 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.10	39530	Instrumental Medico Quirurgico Menor	L. 265,000.00	L. 37,100.00	L. 227,900.00	L. -	L. -	3 Cotizaciones	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.11	39560	Materiales y Suministros Odontologicos	L. 65,000.00	L. 35,000.00	L. 30,000.00	L. -	L. -	1 Cotización	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
2.12	39600	Repuestos y Accesorios	L. 5,000.00	L. 5,000.00	L. -	L. -	L. -	1 Cotización	x		Trimestre	Previsto	Según Necesidad
Total de Materiales y Suministros			L. 1,698,627.47	L. 719,662.79	L. 978,964.68	L. -	L. -						

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]



Secretaria de Salud
Municipalidad de Macuelizo, Santa Bárbara Modelo
Descentralizado de Salud Honduras C. A.
RTN 16139011360075



CARTA DE INVITACIÓN Y COTIZACIÓN DE OFERTAS

Macuelizo, Santa Bárbara 13 de Mayo del año 2024

SEÑOR PRESENTE TECHNO SYSTEMS SU OFICINA

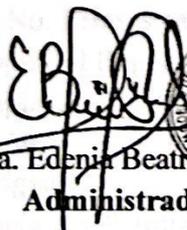
Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds. con el objeto de invitarles a participar en el procedimiento de cotización de **SERVICIO DE MANTENIMIENTO, INSTALACION Y ACTIVACION DE OFFICE WINDOWS Y ANTIVIRUS DE COMPUTADORAS**, para la **“PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA EN EL MUNICIPIO DE MACUELIZO, SANTA BARBARA”**.

Por lo que se le invita a presentar ofertas para el mantenimiento en referencia, para lo cual adjuntamos la lista de productos, insumos y materiales objeto de cotización.

El plazo límite para la presentación de la oferta es el día **Miercoles 15 de Mayo del año 2024**. La oferta deberá ajustarse a las condiciones del presente procedimiento de contratación establecidas en los siguientes documentos que se adjuntan:

Anexo 1. Bases para el Servicio de Mantenimiento e Instalación de activación de Office, Windows y Antivirus a Computadoras.

Atentamente:


Licda. Edenia Beatriz Romero
Administradora


Lic. Ever Alexander García
Coordinador de la red



ANEXO 1

BASES PARA EL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE COMPUTADORAS POR COTIZACION

No.	Descripción	Área de Ubicación	Cantidad Solicitada
1	Computadora de Escritorio marca DELL	Administración	1
2	Computadora de Escritorio marca DELL	Estadística	1
3	Computadora de Escritorio marca DELL	Digitación	1
4	Computadora de Escritorio marca DELL	Coordinación	1
5	Computadora de Escritorio marca DELL	Laboratorio Clínico	1
6	Computadora Portátil Marca DELL	Coordinación de Promoción	1
7	Computadora Portátil Marca DELL	Asistente de Administración	1
8	Computadora Portátil Marca DELL	Administración	1

Señores **TECHNO SYSTEMS** sírvase cotizarnos el Servicio de Mantenimiento de Computadoras que se detallan en la Base de Cotización a más tardar el día Miércoles 15 de Mayo 2024 el que deberán enviar vía expreso a oficinas del Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo o correo electrónico edenia.brit92@gmail.com.

1. Condiciones Especiales

a. Especificaciones de las Computadoras

b. Documentos del proveedor

El proveedor deberá presentar en un sobre que contendrá la **Oferta Original**. La documentación que contendrán las ofertas será la siguiente:

1. Cotización la cual debe de presentarse de conformidad con el formato de su Empresa **"COTIZACION FORMAL"** a nombre de **ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO / RTN 16139011360075**
2. Anexo No. 1 Bases para el Servicio de Mantenimiento de Computadoras, **firmada y sellada**
3. Fotocopia del Registro Tributario nacional (RTN) de la empresa.
4. Fotocopia de la Constancia de Solvencia fiscal extendida por la SAR **vigente**.
5. Fotocopia de Solvencia de estar sujetos al Régimen de Pagos a Cuenta extendida por la SAR **vigente**.
6. Fotocopia del Permiso de Operación **vigente** extendido por la Alcaldía Municipal de su domicilio.

c. Revisión de los Equipos de Oficina

- La Revisión se realizará en la ubicación de cada Equipo, es decir en Oficinas del Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo y en Laboratorio Clínico de CIS Sula.

d. Pago del Servicio

El servicio brindado se pagarán después de una semana de realizado el 100% del trabajo. Siendo la entrega del pago en las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud.

e. Garantía del Servicio

Debe brindar por escrito garantía del Servicio brindado, así como también informe del trabajo realizado.

f. Consultas

Cualquier consulta relativa a esta cotización favor hacerla a Licda. Edenia Beatriz Romero Sabillon a la siguiente dirección: edenia.brit92@gmail.com, Cel: 9668-9382

Dscar Danilo Ramos

Nombre Representante de la
Empresa

Tecnico

Cargo



Firma y Sello

Techno Systems

Soluciones y Servicios Informáticos

Barrió El Centro, Antiguo Local de Laboratorio Clínico Alvarado, 2 cuabras arriba de la Curacao. La Entrada, Copán.

Email: technosystems.hn@gmail.com

Tel. 2608-8126 Cel. 9890-4704

RTN. 04191987000101

COTIZACIÓN.

Cliente: Municipalidad de Macuelizo S.B
R.T.N: 16139011360075

Fecha: 13 de Mayo del 2024

Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Total
5	COMPUTADORA DE ESCRIPTORIO Formato más instalación y activación de Sistema operativo Windows 10 - Windows 11 con licencia original de 1 año	600	3,000.00
5	Instalación y activación de Microsoft Office 2021 (Word, Excel, PowerPoint, Publisher, Access) con licencia original de 1 año	600	3,000.00
5	Instalación y activación de Kaspersky Antivirus con licencia original de 1 año	850	4,250.00
5	Instalación de Programas de Utilería (Google, Adobe Reader, Flash Player, Java Script, Winrar, WhatsApp)	GRATIS	GRATIS
5	Limpieza y mantenimiento completo	GRATIS	GRATIS
5	Aplicación de Pasta Térmica al procesador	GRATIS	GRATIS
5	Respaldo de Información	GRATIS	GRATIS
5	Instalación de Driver de Placa Madre y driver de Impresoras	GRATIS	GRATIS
Reparación, Mantenimiento y Limpieza de todo tipo de Computadoras e impresoras.			
		SUBTOTAL	8,913.04
		15% ISV	1,336.96
		TOTAL	10,250.00

Firma y Sello



Techno Systems

Soluciones y Servicios Informáticos

Barrió El Centro, Antiguo Local de Laboratorio Clínico Alvarado, 2 cuabras arriba de la Curacao. La Entrada, Copán.

Email: technosystems.hn@gmail.com

Tel. 2608-8126 Cel. 9890-4704

RTN. 04191987000101

COTIZACIÓN.

Cliente: Municipalidad de Macuelizo S.B

Fecha: 13 de Mayo del 2024

R.T.N: 16139011360075

Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Total
3	COMPUTADORA PORTATIL Formato más instalación y activación de Sistema operativo Windows 10 - Windows 11 con licencia original de 1 año	600	1,800.00
3	Instalación y activación de Microsoft Office 2021 (Word, Excel, PowerPoint, Publisher, Access) con licencia original de 1 año	600	1,800.00
3	Instalación y activación de Kaspersky Antivirus con licencia original de 1 año	850	2,550.00
3	Instalación de Programas de Utilería (Google, Adobe Reader, Flash Player, Java Script, Winrar, WhatsApp)	GRATIS	GRATIS
3	Limpieza y mantenimiento completo	GRATIS	GRATIS
3	Aplicación de Pasta Térmica al procesador	GRATIS	GRATIS
3	Respaldo de Información	GRATIS	GRATIS
3	Instalación de Driver de Placa Madre y driver de Impresoras	GRATIS	GRATIS
Reparación, Mantenimiento y Limpieza de todo tipo de Computadoras e impresoras.			
		SUBTOTAL	5,347.83
		15% ISV	802.17
		TOTAL	6,150.00

Firma y Sello





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

RTN: 04191987000101

CARLOS HUMBERTO MEJIA BENITEZ

Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas Selectivo	<input checked="" type="checkbox"/>	Productores Importadores de Cigarrillos	<input type="checkbox"/>
Importador	<input type="checkbox"/>	Productor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Exportador	<input type="checkbox"/>	Distribuidor Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Imprentas	<input type="checkbox"/>	Importador Alcoholes Licores	<input type="checkbox"/>
Prestamista	<input type="checkbox"/>		

Fecha de Emisión: 20150303

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 6 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 de Decreto N° 255 del 16 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Ingreso Sobre Ventas, Art. 58 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley de Equilibrio Financiero y de la Productividad Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 18 de Abril de 2003, Art. 5 del Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1972 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20889 y el Reglamento de Prestamistas No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.



Ministra Directora

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

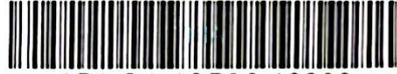
Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 48 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras.

Número de Documento DEI-412: 1827382

Transacción: 83AE7B



CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL



151-24-10500-18209

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

Nombre y Apellido o Razón Social: **MEJIA BENITEZ CARLOS HUMBERTO**
Con Registro Tributario Nacional: **04191987000101**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-18209 en fecha 27/05/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25410635671 de fecha 27/05/2024 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: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de noventa días calendario a partir de la fecha 27/05/2024 hasta 24/08/2024, la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del 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.

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/>, ingresando el número **151-24-10500-18209** o mediante el siguiente código QR:





CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA



201-24-10500-43881

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

Nombre y Apellido o Razón Social: **MEJIA BENITEZ CARLOS HUMBERTO**
Con Registro Tributario Nacional: **04191987000101**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-43881 en fecha 07/05/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25419605033 de fecha 24/04/2024 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 202401, según Declaración 27726648345, presentada el 24/04/2024.

La presente Constancia vence el 30/04/2025. 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 **201-24-10500-43881** o mediante el siguiente código QR:





REPÚBLICA DE HONDURAS
 MUNICIPALIDAD DE NUEVA ARCADIA
 LA ENTRADA, COPÁN



PERMISO Nº 015312
 PARA OPERACIÓN DE NEGOCIO

NUMERO 015312

VALIDO PARA 2024

INFORMACION DEL PROPIETARIO	
NOMBRE	CARLOS HUMBERTO MEJIA BENITEZ
DIRECCIÓN	BO MIRAFLORES

DATOS DEL NEGOCIO				
No. Solicitud	CLASE DE NEGOCIO	ACTIVIDAD PRINCIPAL	VENCE	
015312	TECHNO SYSTEMS	COMERCIO	31-DIC	2024

Conforme al Reglamento de Apertura y operación de establecimientos comerciales en este Municipio el suscrito Juez de Policía concede el presente permiso, el cual deberá ser colocado en un sitio visible.

Dado en la  Municipalidad de Nueva Arcadia, Copán a los 01 días del mes de FEBRERO de 20
 Jefe Administración Tributaria


 JUEZ MUNICIPAL DE JUSTICIA

MUNICIPALIDAD DE
 NUEVA ARCADIA, COPAN

NOMBRE: <u>Techno Systems</u>	
AÑO <u>2024</u>	CONSTANCIA <u>Nº 061002</u>
CONCEPTO <u>Solvencia</u>	VALIDA HASTA <u>31/12/2024</u>


 ALCALDE DE NUEVA ARCADIA, COPAN

INFORME TECNICO DE MANTENIMIENTO DE COMPUTADORAS

**Elaborado por Oscar Danilo Ramos Mejia
Técnico**

Macuelizo, Santa Barbara

16 de Mayo del 2024

Descripción

El día jueves 16 de Mayo del 2024, se dio inicio a la actividad: **MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE EQUIPOS INFORMATICOS** de la Oficina del Modelo Descentralizado de Salud, para las 8 computadoras, 3 Computadoras Portátil y 5 Computadoras de Escritorio las cuales se encuentran ubicados en la oficina principal del Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo, Santa Barbara Esta actividad finalizó el mismo día de la fecha ya descrita.

El mantenimiento preventivo se ejecuta sobre los 8 computadores que se detallan a continuación:

Equipo	Modelo	Marca	Estado
Computadora de Escritorio	HP	HP	Buena
Computadora de Escritorio	HP	HP	Buena
Computadora de Escritorio	HP	HP	Buena
Computadora de Escritorio	HP	HP	Buena
Computadora de Escritorio	HP	HP	Buena
Computadora de Escritorio	HP	HP	Buena
Computadora de Escritorio	HP	HP	Buena
Computadora de Escritorio	HP	HP	Buena
Computadora Portátil	HP	HP	Buena
Computadora Portátil	HP	HP	Buena
Computadora Portátil	HP	HP	Buena



SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMATICOS

1. IDENTIFICACIÓN

Nro. De hoja de trabajo: 001

Fecha de Mantenimiento: 16/05/24

Ubicación: Macuelizo, Santa Barbara.

2. INFORMACIÓN DE LA COMPUTADORA

Tipo:

Computador Portátil

Oficina:

Administración

3. INSPECCIÓN

Estado:

En buen estado.

4. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SOFTWARE.

Respaldo de Información de Disco Duro	Realizado
Formato más Instalación de Sistema Operativo Windows 11	Realizado
Instalación de Microsoft Office 2021	Realizado
Instalación de Kaspersky Antivirus	Realizado
Instalación de Programas de Utilería	Realizado
Instalación de Driver de Placa Madre	Realizado
Instalación de Driver de Impresora	Realizado

5. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO HARDWARE.

Desmontaje del equipo	Realizado
Limpieza interna con herramientas de aire comprimido y succión.	Realizado
Limpieza minuciosa de todos los sistemas de ventilación	Realizado
Desmontaje de memorias internas, aplicación de limpia contactos.	Realizado
Aplicaciones de productos antiestático en el pc board y tarjetas electrónicas internas.	Realizado
Limpieza integral del case y cubiertas plásticas	Realizado
Aplicación de espuma a toda la parte externa para evitar la fácil adherencia del polvo y lograr un brillo reluciente	Realizado
Limpieza externa del teclado y mouse con aire comprimido y succión, aplicación de espuma.	Realizado
Limpieza externa del monitor, aplicación de espuma especial para pantallas	Realizado
Ensamble integral del equipo y ordenamiento de cables de conexión	Realizado

6. OBSERVACIONES

Se realizó el mantenimiento preventivo Hardware, Software de la máquina relacionada sin ninguna acción para un mantenimiento correctivo.

7. RECOMENDACIONES

- Actualizar las unidades de disco duro mecánico por unidades de disco de estado sólido.
- Realizar un respaldo de forma local y en la nube para toda la información relevante de los equipos.
- Ejecutar el mantenimiento de los computadores al menos 1 vez al año.
- Manejar herramientas en línea para generar informes, estados financieros, etc. para manejar la información desde cualquier lugar.

Firma:



Realizado por:
Oscar Danilo Ramos Mejia

SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMATICOS

1. IDENTIFICACIÓN

Nro. De hoja de trabajo: 002	Fecha de Mantenimiento: 16/05/24	Ubicación: Macuelizo, Santa Barbara.
------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

2. INFORMACIÓN DE LA COMPUTADORA

Tipo:	Computador Portátil
Oficina:	Asistente de Administración

3. INSPECCIÓN

Estado:	En buen estado.
---------	-----------------

4. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SOFTWARE.

Respaldo de Información de Disco Duro	Realizado
Formato más Instalación de Sistema Operativo Windows 11	Realizado
Instalación de Microsoft Office 2021	Realizado
Instalación de Kaspersky Antivirus	Realizado
Instalación de Programas de Utilería	Realizado
Instalación de Driver de Placa Madre	Realizado
Instalación de Driver de Impresora	Realizado

5. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO HARDWARE.

Desmontaje del equipo	Realizado
Limpieza interna con herramientas de aire comprimido y succión.	Realizado
Limpieza minuciosa de todos los sistemas de ventilación	Realizado
Desmontaje de memorias internas, aplicación de limpia contactos.	Realizado
Aplicaciones de productos antiestático en el pc board y tarjetas electrónicas internas.	Realizado
Limpieza integral del case y cubiertas plásticas	Realizado
Aplicación de espuma a toda la parte externa para evitar la fácil adherencia del polvo y lograr un brillo reluciente	Realizado
Limpieza externa del teclado y mouse con aire comprimido y succión, aplicación de espuma.	Realizado
Limpieza externa del monitor, aplicación de espuma especial para pantallas	Realizado
Ensamble integral del equipo y ordenamiento de cables de conexión	Realizado

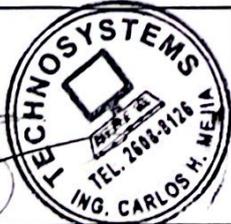
6. OBSERVACIONES

Se realizó el mantenimiento preventivo Hardware, Software de la máquina relacionada sin ninguna acción para un mantenimiento correctivo.

7. RECOMENDACIONES

- Actualizar las unidades de disco duro mecánico por unidades de disco de estado sólido.
- Realizar un respaldo de forma local y en la nube para toda la información relevante de los equipos.
- Ejecutar el mantenimiento de los computadores al menos 1 vez al año.
- Manejar herramientas en línea para generar informes, estados financieros, etc. para manejar la información desde cualquier lugar.

Firma:

 
Realizado por: Oscar Danilo Ramos Mejia

SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMATICOS

1. IDENTIFICACIÓN

Nro. De hoja de trabajo: 003	Fecha de Mantenimiento: 16/05/24	Ubicación: Macuelizo, Santa Barbara.
------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

2. INFORMACIÓN DE LA COMPUTADORA

Tipo:	Computador Portátil
Oficina:	Coordinador de Promoción

3. INSPECCIÓN

Estado:	En buen estado.
---------	-----------------

4. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SOFTWARE.

Respaldo de Información de Disco Duro	Realizado
Formato más Instalación de Sistema Operativo Windows 10	Realizado
Instalación de Microsoft Office 2021	Realizado
Instalación de Kaspersky Antivirus 2024	Realizado
Instalación de Programas de Utilería	Realizado
Instalación de Driver de Placa Madre	Realizado
Instalación de Driver de Impresora	Realizado

5. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO HARDWARE.

Desmontaje del equipo	Realizado
Limpieza interna con herramientas de aire comprimido y succión.	Realizado
Limpieza minuciosa de todos los sistemas de ventilación	Realizado
Desmontaje de memorias internas, aplicación de limpia contactos.	Realizado
Aplicaciones de productos antiestático en el pc board y tarjetas electrónicas internas.	Realizado
Limpieza integral del case y cubiertas plásticas	Realizado
Aplicación de espuma a toda la parte externa para evitar la fácil adherencia del polvo y lograr un brillo reluciente	Realizado
Limpieza externa del teclado y mouse con aire comprimido y succión, aplicación de espuma.	Realizado
Limpieza externa del monitor, aplicación de espuma especial para pantallas	Realizado
Ensamble integral del equipo y ordenamiento de cables de conexión	Realizado

6. OBSERVACIONES

Se realizó el mantenimiento preventivo Hardware, Software de la máquina relacionada sin ninguna acción para un mantenimiento correctivo.

7. RECOMENDACIONES

- Actualizar las unidades de disco duro mecánico por unidades de disco de estado sólido.
- Realizar un respaldo de forma local y en la nube para toda la información relevante de los equipos.
- Ejecutar el mantenimiento de los computadores al menos 1 vez al año.
- Manejar herramientas en línea para generar informes, estados financieros, etc. para manejar la información desde cualquier lugar.

Firma:


Realizado por:
Oscar Danilo Ramos Mejia

SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMATICOS

1. IDENTIFICACIÓN

Nro. De hoja de trabajo: 004

Fecha de Mantenimiento: 16/05/24

Ubicación: Macuelizo, Santa Barbara.

2. INFORMACIÓN DE LA COMPUTADORA

Tipo:

Computador de Escritorio

Oficina:

Coordinación

3. INSPECCIÓN

Estado:

En buen estado.

4. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SOFTWARE.

Respaldo de Información de Disco Duro	Realizado
Formato más Instalación de Sistema Operativo Windows 10	Realizado
Instalación de Microsoft Office 2021	Realizado
Instalación de Kaspersky Antivirus 2024	Realizado
Instalación de Programas de Utilería	Realizado
Instalación de Driver de Placa Madre	Realizado
Instalación de Driver de Impresora	Realizado

5. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO HARDWARE.

Desmontaje del equipo	Realizado
Limpieza interna con herramientas de aire comprimido y succión.	Realizado
Limpieza minuciosa de todos los sistemas de ventilación	Realizado
Desmontaje de memorias internas, aplicación de limpia contactos.	Realizado
Aplicaciones de productos antiestático en el pc board y tarjetas electrónicas internas.	Realizado
Limpieza integral del case y cubiertas plásticas	Realizado
Aplicación de espuma a toda la parte externa para evitar la fácil adherencia del polvo y lograr un brillo reluciente	Realizado
Limpieza externa del teclado y mouse con aire comprimido y succión, aplicación de espuma.	Realizado
Limpieza externa del monitor, aplicación de espuma especial para pantallas	Realizado
Ensamble integral del equipo y ordenamiento de cables de conexión	Realizado

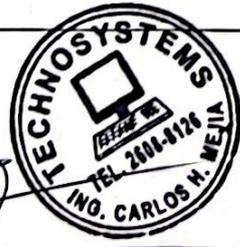
6. OBSERVACIONES

Se realizó el mantenimiento preventivo Hardware, Software de la máquina relacionada sin ninguna acción para un mantenimiento correctivo.

7. RECOMENDACIONES

- Actualizar las unidades de disco duro mecánico por unidades de disco de estado sólido.
- Realizar un respaldo de forma local y en la nube para toda la información relevante de los equipos.
- Ejecutar el mantenimiento de los computadores al menos 1 vez al año.
- Manejar herramientas en línea para generar informes, estados financieros, etc. para manejar la información desde cualquier lugar.

Firma:



Realizado por:
Oscar Danilo Ramos Mejía

SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMATICOS

1. IDENTIFICACIÓN

Nro. De hoja de trabajo: 004 Fecha de Mantenimiento: 16/05/24 Ubicación: Macuelizo, Santa Barbara.

2. INFORMACIÓN DE LA COMPUTADORA

Tipo: Computador de Escritorio
Oficina: Administración

3. INSPECCIÓN

Estado: En buen estado.

4. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SOFTWARE.

Respaldo de Información de Disco Duro	Realizado
Formato más Instalación de Sistema Operativo Windows 10	Realizado
Instalación de Microsoft Office 2021	Realizado
Instalación de Kaspersky Antivirus 2024	Realizado
Instalación de Programas de Utilería	Realizado
Instalación de Driver de Placa Madre	Realizado
Instalación de Driver de Impresora	Realizado

5. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO HARDWARE.

Desmontaje del equipo	Realizado
Limpieza interna con herramientas de aire comprimido y succión.	Realizado
Limpieza minuciosa de todos los sistemas de ventilación	Realizado
Desmontaje de memorias internas, aplicación de limpia contactos.	Realizado
Aplicaciones de productos antiestático en el pc board y tarjetas electrónicas internas.	Realizado
Limpieza integral del case y cubiertas plásticas	Realizado
Aplicación de espuma a toda la parte externa para evitar la fácil adherencia del polvo y lograr un brillo reluciente	Realizado
Limpieza externa del teclado y mouse con aire comprimido y succión, aplicación de espuma.	Realizado
Limpieza externa del monitor, aplicación de espuma especial para pantallas	Realizado
Ensamble integral del equipo y ordenamiento de cables de conexión	Realizado

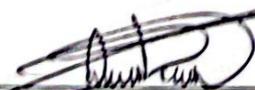
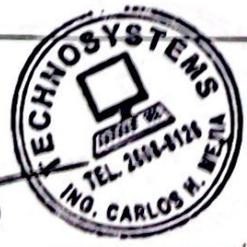
6. OBSERVACIONES

Se realizó el mantenimiento preventivo Hardware, Software de la máquina relacionada sin ninguna acción para un mantenimiento correctivo.

7. RECOMENDACIONES

- Actualizar las unidades de disco duro mecánico por unidades de disco de estado sólido.
- Realizar un respaldo de forma local y en la nube para toda la información relevante de los equipos.
- Ejecutar el mantenimiento de los computadores al menos 1 vez al año.
- Manejar herramientas en línea para generar informes, estados financieros, etc. para manejar la información desde cualquier lugar.

Firma:



Realizado por:
Oscar Danilo Ramos Mejía

SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMATICOS

1. IDENTIFICACIÓN

Nro. De hoja de trabajo: 004	Fecha de Mantenimiento: 16/05/24	Ubicación: Macuelizo, Santa Barbara.
------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

2. INFORMACIÓN DE LA COMPUTADORA

Tipo:	Computador de Escritorio
Oficina:	Digitación

3. INSPECCIÓN

Estado:	En buen estado.
---------	-----------------

4. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SOFTWARE.

Respaldo de Información de Disco Duro	Realizado
Formato más Instalación de Sistema Operativo Windows 10	Realizado
Instalación de Microsoft Office 2021	Realizado
Instalación de Kaspersky Antivirus 2024	Realizado
Instalación de Programas de Utilería	Realizado
Instalación de Driver de Placa Madre	Realizado
Instalación de Driver de Impresora	Realizado

5. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO HARDWARE.

Desmontaje del equipo	Realizado
Limpieza interna con herramientas de aire comprimido y succión.	Realizado
Limpieza minuciosa de todos los sistemas de ventilación	Realizado
Desmontaje de memorias internas, aplicación de limpia contactos.	Realizado
Aplicaciones de productos antiestático en el pc board y tarjetas electrónicas internas.	Realizado
Limpieza integral del case y cubiertas plásticas	Realizado
Aplicación de espuma a toda la parte externa para evitar la fácil adherencia del polvo y lograr un brillo reluciente	Realizado
Limpieza externa del teclado y mouse con aire comprimido y succión, aplicación de espuma.	Realizado
Limpieza externa del monitor, aplicación de espuma especial para pantallas	Realizado
Ensamble integral del equipo y ordenamiento de cables de conexión	Realizado

6. OBSERVACIONES

Se realizó el mantenimiento preventivo Hardware, Software de la máquina relacionada sin ninguna acción para un mantenimiento correctivo.
--

7. RECOMENDACIONES

<ul style="list-style-type: none">- Actualizar las unidades de disco duro mecánico por unidades de disco de estado sólido.- Realizar un respaldo de forma local y en la nube para toda la información relevante de los equipos.- Ejecutar el mantenimiento de los computadores al menos 1 vez al año.- Manejar herramientas en línea para generar informes, estados financieros, etc. para manejar la información desde cualquier lugar.

Firma:

 
Realizado por: Oscar Danilo Ramos Mejia

SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMATICOS

1. IDENTIFICACIÓN

Nro. De hoja de trabajo: 004	Fecha de Mantenimiento: 16/05/24	Ubicación: Macuelizo, Santa Barbara.
------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

2. INFORMACIÓN DE LA COMPUTADORA

Tipo:	Computador de Escritorio
Oficina:	Estadística

3. INSPECCIÓN

Estado:	En buen estado.
---------	-----------------

4. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SOFTWARE.

Respaldo de Información de Disco Duro	Realizado
Formato más instalación de Sistema Operativo Windows 10	Realizado
Instalación de Microsoft Office 2021	Realizado
Instalación de Kaspersky Antivirus 2024	Realizado
Instalación de Programas de Utilería	Realizado
Instalación de Driver de Placa Madre	Realizado
Instalación de Driver de Impresora	Realizado

5. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO HARDWARE.

Desmontaje del equipo	Realizado
Limpieza interna con herramientas de aire comprimido y succión.	Realizado
Limpieza minuciosa de todos los sistemas de ventilación	Realizado
Desmontaje de memorias internas, aplicación de limpia contactos.	Realizado
Aplicaciones de productos antiestático en el pc board y tarjetas electrónicas internas.	Realizado
Limpieza Integral del case y cubiertas plásticas	Realizado
Aplicación de espuma a toda la parte externa para evitar la fácil adherencia del polvo y lograr un brillo reluciente	Realizado
Limpieza externa del teclado y mouse con aire comprimido y succión, aplicación de espuma.	Realizado
Limpieza externa del monitor, aplicación de espuma especial para pantallas	Realizado
Ensamble Integral del equipo y ordenamiento de cables de conexión	Realizado

6. OBSERVACIONES

Se realizó el mantenimiento preventivo Hardware, Software de la máquina relacionada sin ninguna acción para un mantenimiento correctivo.
--

7. RECOMENDACIONES

<ul style="list-style-type: none">- Actualizar las unidades de disco duro mecánico por unidades de disco de estado sólido.- Realizar un respaldo de forma local y en la nube para toda la información relevante de los equipos.- Ejecutar el mantenimiento de los computadores al menos 1 vez al año.- Manejar herramientas en línea para generar informes, estados financieros, etc. para manejar la información desde cualquier lugar.

Firma:



Realizado por:
Oscar Danilo Ramos Mejía

SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INFORMATICOS

1. IDENTIFICACIÓN

Nro. De hoja de trabajo: 004	Fecha de Mantenimiento: 16/05/24	Ubicación: Sula, Santa Barbara.
------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

2. INFORMACIÓN DE LA COMPUTADORA

Tipo:	Computador de Escritorio
Oficina:	Laboratorio Clínico CIS SULA

3. INSPECCIÓN

Estado:	En buen estado.
---------	-----------------

4. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO SOFTWARE.

Respaldo de Información de Disco Duro	Realizado
Formato más Instalación de Sistema Operativo Windows 10	Realizado
Instalación de Microsoft Office 2021	Realizado
Instalación de Kaspersky Antivirus 2024	Realizado
Instalación de Programas de Utilería	Realizado
Instalación de Driver de Placa Madre	Realizado
Instalación de Driver de Impresora	Realizado

5. ETAPAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO HARDWARE.

Desmontaje del equipo	Realizado
Limpieza interna con herramientas de aire comprimido y succión.	Realizado
Limpieza minuciosa de todos los sistemas de ventilación	Realizado
Desmontaje de memorias internas, aplicación de limpia contactos.	Realizado
Aplicaciones de productos antiestático en el pc board y tarjetas electrónicas internas.	Realizado
Limpieza integral del case y cubiertas plásticas	Realizado
Aplicación de espuma a toda la parte externa para evitar la fácil adherencia del polvo y lograr un brillo reluciente	Realizado
Limpieza externa del teclado y mouse con aire comprimido y succión, aplicación de espuma.	Realizado
Limpieza externa del monitor, aplicación de espuma especial para pantallas	Realizado
Ensamble integral del equipo y ordenamiento de cables de conexión	Realizado

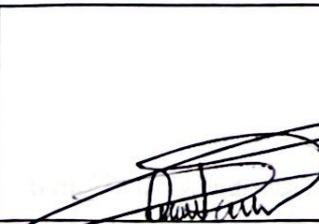
6. OBSERVACIONES

Se realizó el mantenimiento preventivo Hardware, Software de la máquina relacionada sin ninguna acción para un mantenimiento correctivo.

7. RECOMENDACIONES

- Actualizar las unidades de disco duro mecánico por unidades de disco de estado sólido.
- Realizar un respaldo de forma local y en la nube para toda la información relevante de los equipos.
- Ejecutar el mantenimiento de los computadores al menos 1 vez al año.
- Manejar herramientas en línea para generar informes, estados financieros, etc. para manejar la información desde cualquier lugar.

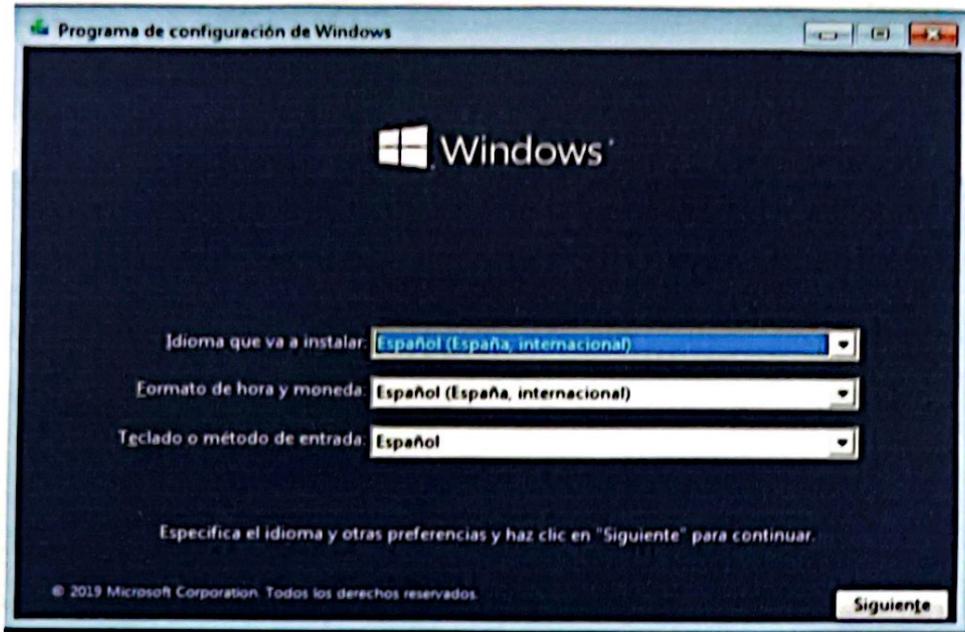
Firma:



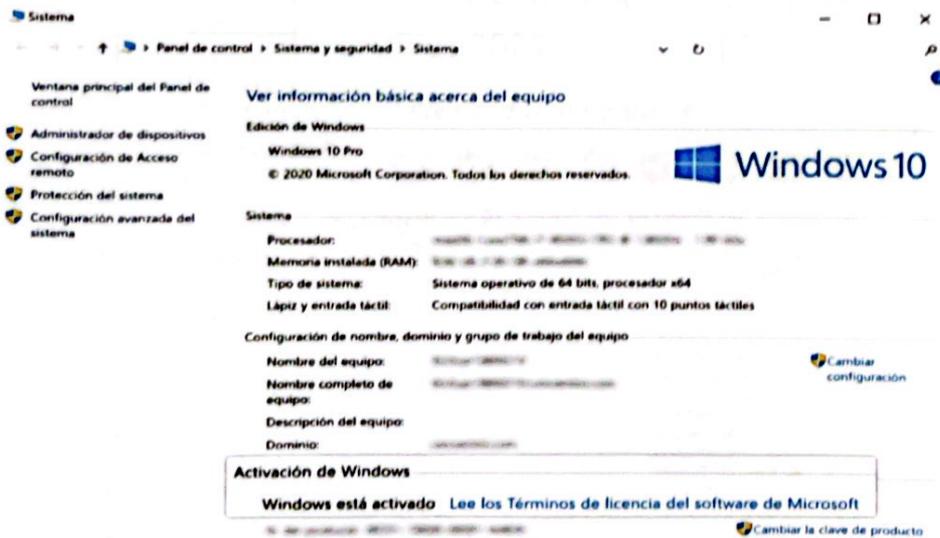
Realizado por:
Oscar Danilo Ramos Mejia

Se adjuntan en el Anexo I, las fotos que detallan el trabajo antes mencionado.

Anexos I



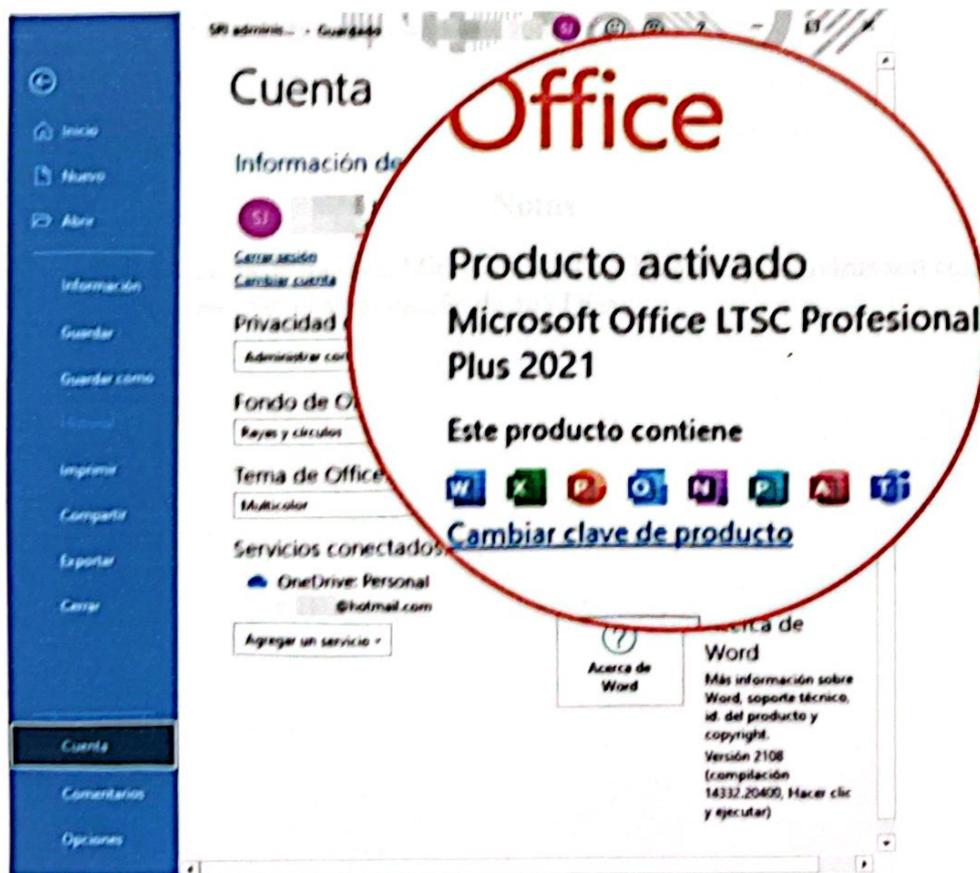
Instalación de Sistema Operativo Windows 10 – Windows 11



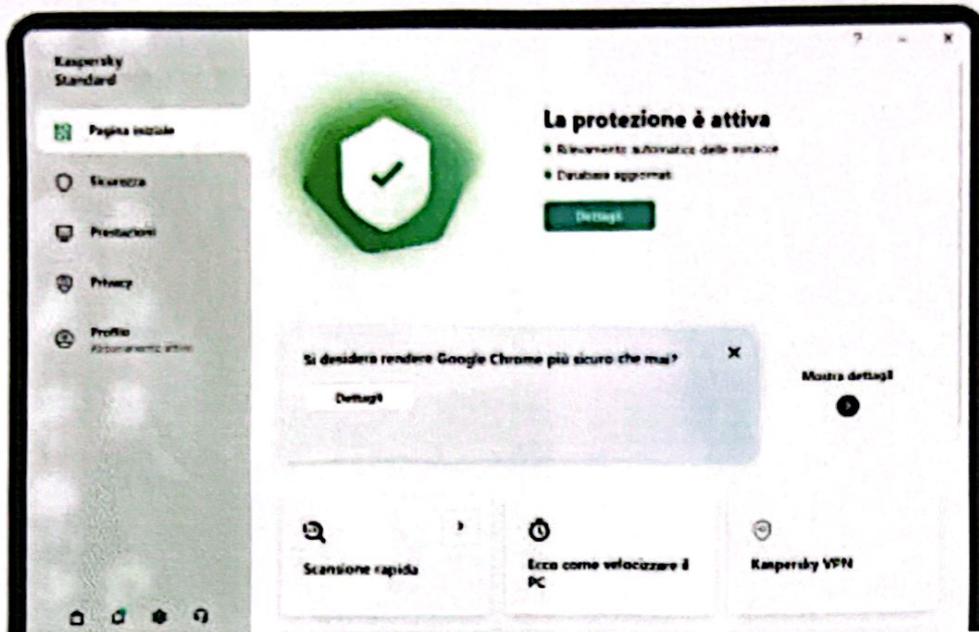
Activación de Windows 10 – Windows 11



Instalación de Microsoft Office 2021



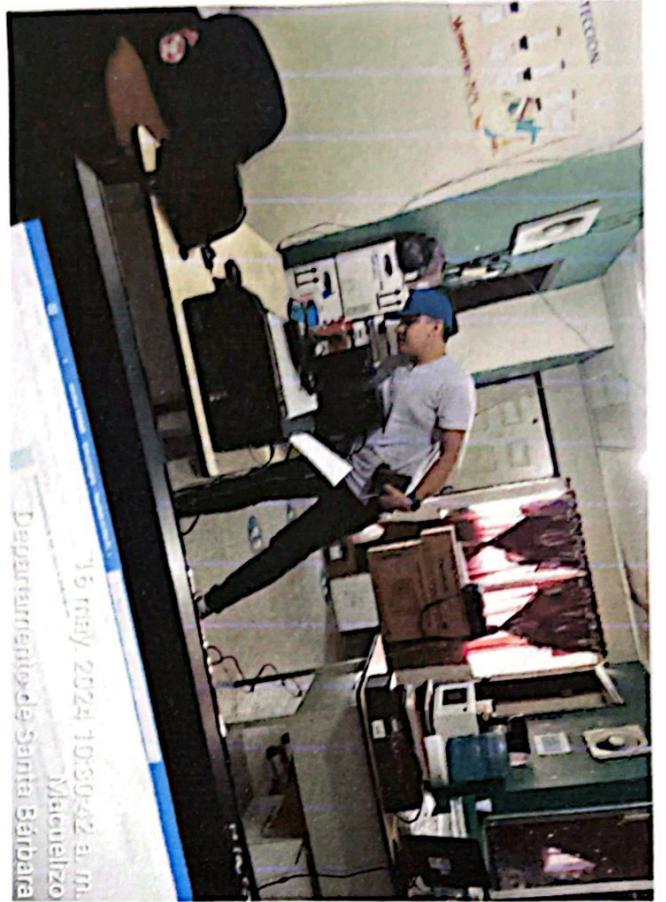
Activación de Microsoft Office 2021



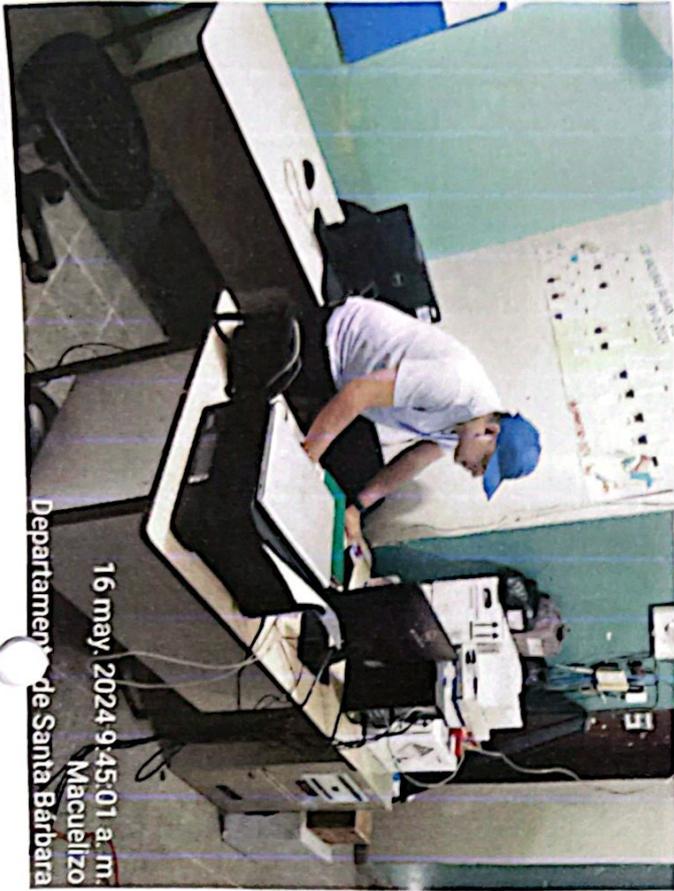
Instalación y Activación de Kaspersky Antivirus 2024

Notas

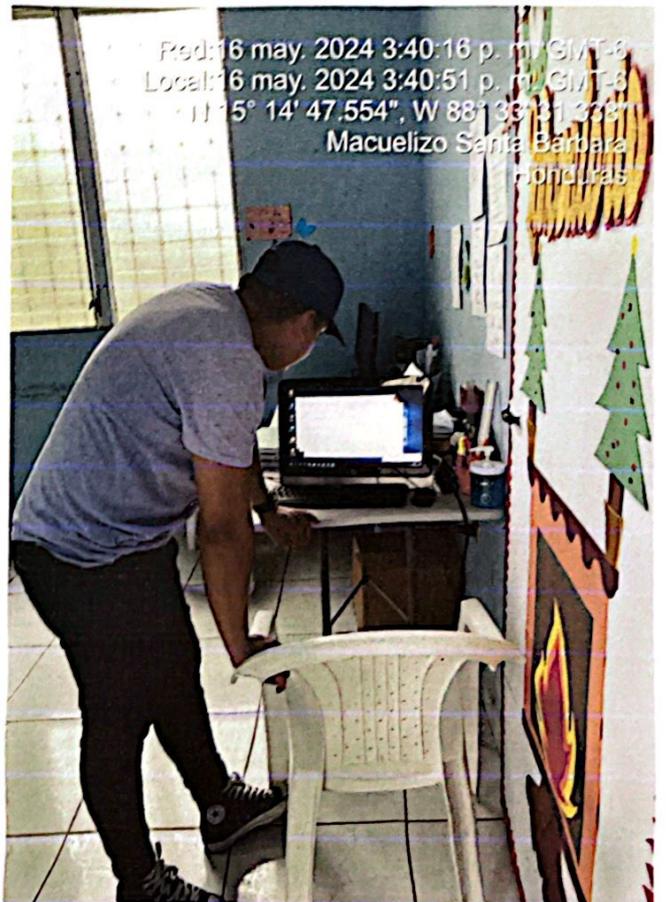
1. Las licencias de Windows, Microsoft Office y Kaspersky Antivirus son con licencia original y tendrán una validación de 365 Días.



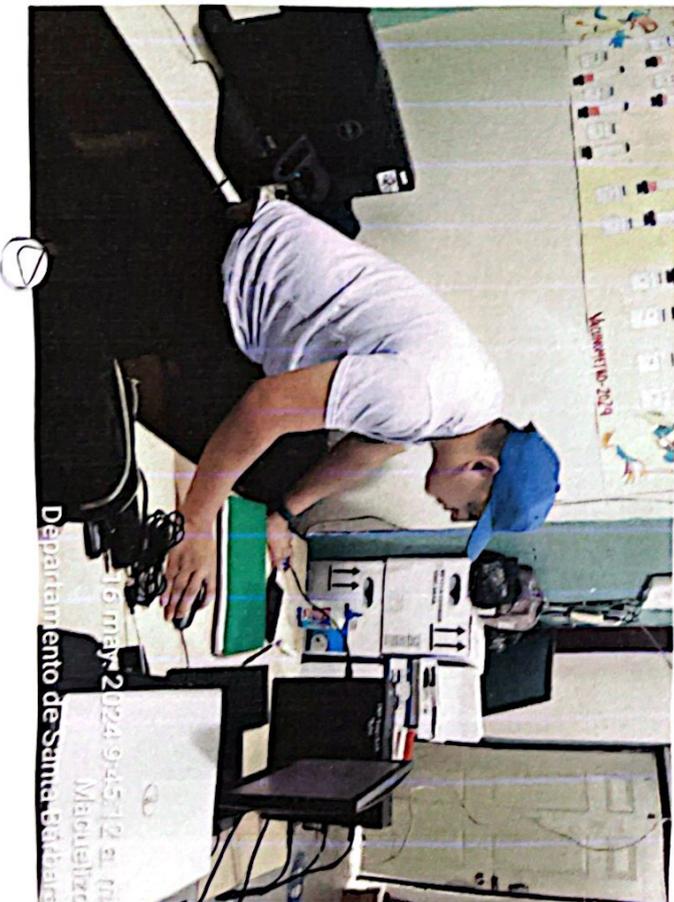
16 may, 2024 10:30:42 a. m.
Macuelizo
Departamento de Santa Bárbara



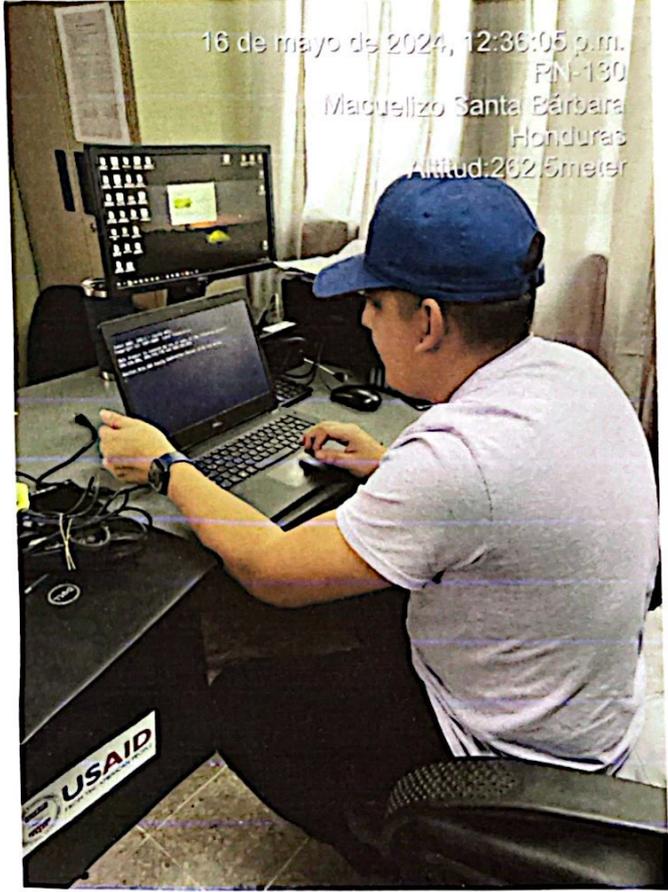
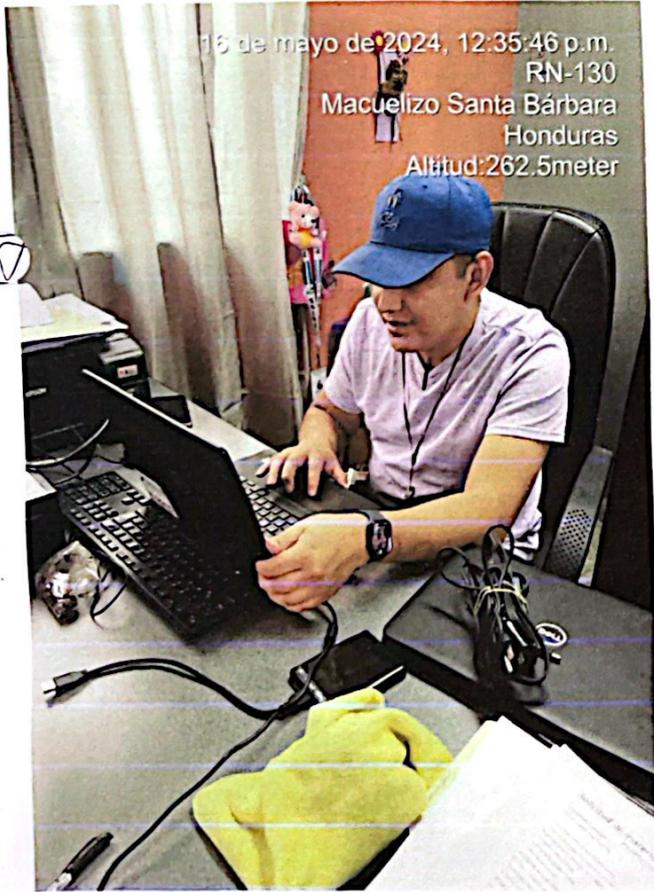
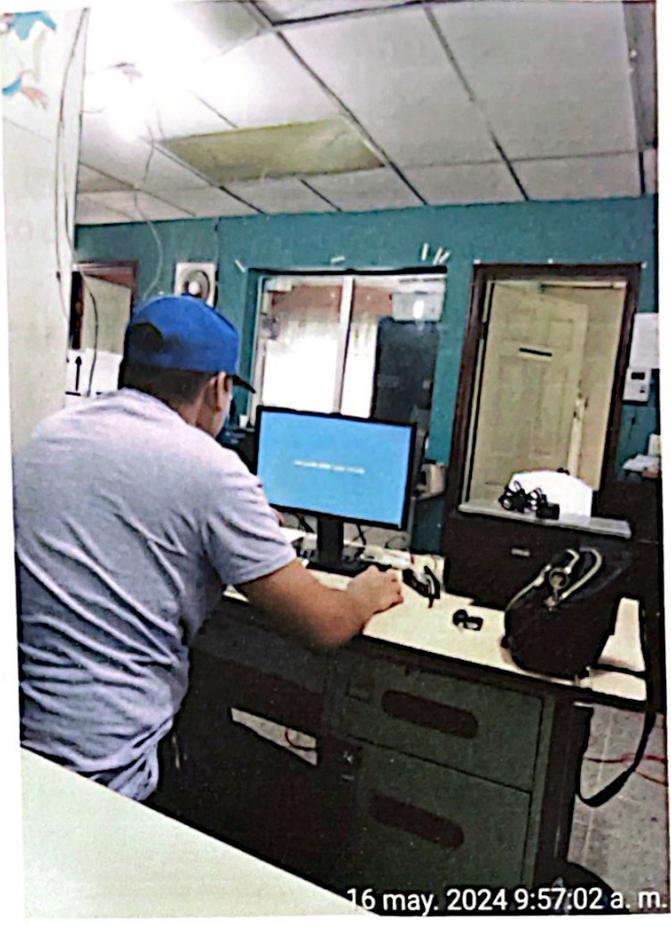
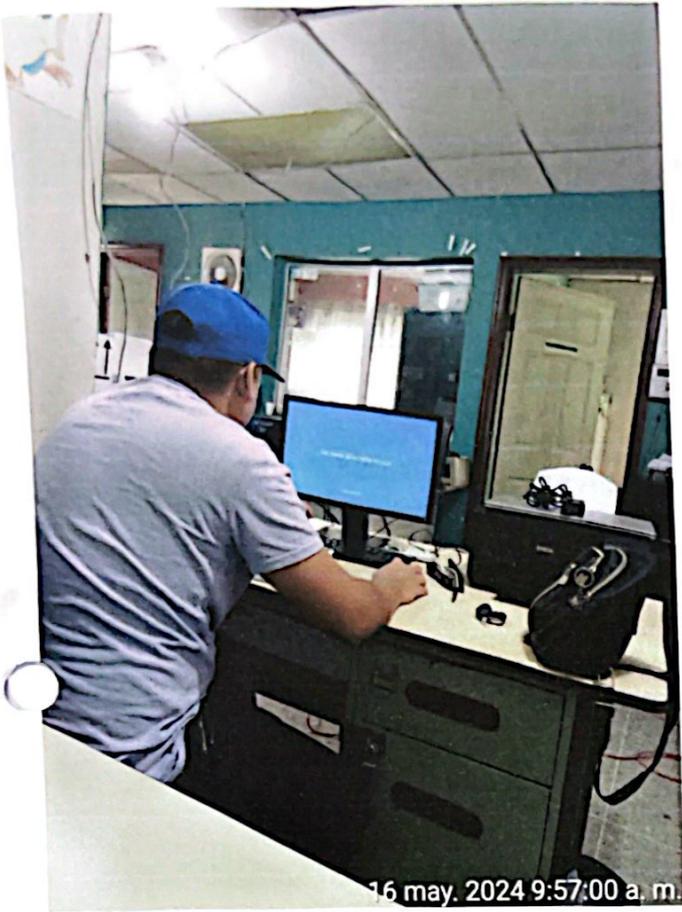
16 may, 2024 9:45:01 a. m.
Macuelizo
Departamento de Santa Bárbara



Red: 16 may, 2024 3:40:16 p. m. GI/T-8
Local: 16 may, 2024 3:40:51 p. m. GI/T-8
15° 14' 47.554", W 88° 33' 31.333"
Macuelizo Santa Bárbara
Honduras



16 may, 2024 9:45:12 a. m.
Macuelizo
Departamento de Santa Bárbara





Salud

Gobierno de la República



HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

MUNICIPALIDAD MACUELIZO SANTA BÁRBARA
LABORATORIO CLÍNICO CIS SULA MACUELIZO

CONSTANCIA

16 MAYO 2024

Coordinación Municipal Macuelizo Santa Bárbara

Gestora: Suyapa Jacqueline Trejo Cordón

Atentamente me dirijo a usted para hacerle saber que el día Jueves 16 de mayo se realizó mantenimiento a la computadora en uso por Técnico Informático.

Muy atentamente.

Daysi Lara/ Cecilia Almendares
Técnico en Laboratorio Clínico CIS Sula





SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MACUELIZO S.B.

ECOR-GDSB Macuelizo
21 de mayo 2024
Macuelizo S.B.
16 de mayo del año 2024

Constancia de Mantenimiento

A quien corresponda.

Mediante la presente YO: Mersy Yaneth Mejía Manzano. Certifico que la administración del modelo descentralizado de salud ha ejecutado mantenimiento preventivo al siguiente equipo; Computadora DELL laptop de 15pulg. Inter Core i5, con cámara y pantalla HD. Cap. Disco duro (5400RPM), SIST OP. WINDOWS 10. Asignada al área de administración en uso de Asistente de administración. Habiendo realizado verificación del equipo se hace constar conformidad con la ejecución del servicio recibido al Dispositivo informático.

Atentamente.


Mersy Yaneth Mejía Manzano.
Asiste. de Administración.





ECOR-GDSS Macuelizo
22 de mayo 2024

Lic. Suyapa Jacqueline Trejo.
Representante Legal de Salud.
Municipio Macuelizo
Región #16 Santa Barbara.

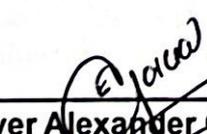
Su oficina.

Constancia.

El suscrito Coordinador Municipal de Salud, del Modelo Descentralizado de Salud del Municipio de Macuelizo, por medio de la presente hace constar que:

se realizó, mantenimiento y limpieza completa, instalación y activación de Microsof Office, Instalación de antivirus con licencia de 1 año, instalación de programas de utilería a la computadora Marca DELL con inventario 4019968 B/N, asignada en el área de coordinación de Salud, bajo el nombre del Coordinador.

Sin mas



Lic. Ever Alexander Garera Milla.
Coordinador Municipal de Salud.
GDSS-Macuelizo.
Cell: 9806-1495



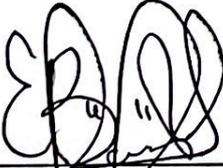
**SECRETARIA DE SALUD
REGION DE SALUD DE SANTA BARBARA N°16
GESTOR: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD**

CONSTANCIA

La Suscrita Administradora Municipal de Salud. Licda. Edenia Beatriz Romero Sabillon, por medio de la presente hace constar que en Fecha 16 de Mayo 2024, se realizo el Servicio de Mantenimiento y Limpieza completa, Instalación y Activación de Microsoft Office, Instalación de Antivirus con licencia de 1 año, Instalación de Programas de Utilería a 1 Computadora de Escritorio y 1 Portátil asignadas a mi persona en el Área Administrativa, del Modelo Descentralizado de Salud, quedando al 100% en Funcionamiento.

Y para los fines que al interesado (a) estime conveniente se extiende la presente a los 21 días del mes de Mayo del año 2024.

Sin otro particular.



Licda. Edenia Beatriz Romero
Administradora Municipal de Salud.
GDSS-Macuelizo.



20 de mayo 2024

Lic. Edenia Romero

Administradora

Constancia

CONSTANCIA

Por medio de la presente hago constar que el día jueves 16 de mayo de 2024 se realizo mantenimiento de computadora de escritorio marca DELL como ser formateo de dicha maquina he instalación de programas


Iris Gilliany Reyes Mejía
Digitadora

Constancia

Macuelizo Santa Barbara

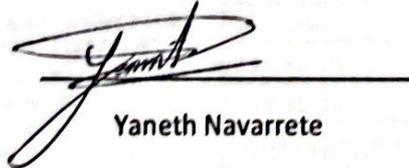
Lic. Edenia Beatriz Romero

Administradora

Reciba un cordial Saludo, Éxitos y bendiciones en su labor diaria.

Por medio de la presente hago constar que el técnico asignado en el área el día jueves 16 de mayo del año 2024 realizo el mantenimiento y la ejecución de formateo eh instalación de programas en la computadora de escritorio marca DELL, NDI.4021533

Sin más.



Yaneth Navarrete

Techno Systems

Soluciones y Servicios Informáticos

De: Carlos Humberto Mejía Benitez R.T.N. 04191987000101

Correo Electrónico: cbenitez14@gmail.com

Barrio Miraflores, En Plaza Miraflores,

La Entrada, Copán. Tel. 2608-8126 Cel. 9890-4704

HORARIO: Lunes a Sábado de 8:00 am a 5:00 pm.

Contado

CAI: 96F6AB-273666-BA4D94-AD1527-8162F1-72

Credito

No FACTURA

000-001-01-00 **Nº 007528**

Cliente: Municipalidad de Macueliza S.B.

Dirección: _____

R.T.N. 16139011360075 DIA 27 MES 05 AÑO 24

Datos del Adquiriente Exonerado

Número de Orden de Compra Exenta: _____ Número Constancia de Registro de Exonerados: _____ Número Registro de la SAG: _____

CANT.	DESCRIPCION	P/UNIT	TOTAL
8	Instalación Windows 10-11	2.050:	16,400 =
	Instalación Microsoft-Ofic 21		
	Instalación Kaspersky 2024		
	Mantenimiento y limpieza General		

RANGO AUTORIZADO	IMPORTE EXONERADO	L	—
DESDE 000-001-01-00007351	IMPORTE EXENTO	L	—
HASTA 000-001-01-00007650	IMPORTE GRAVADO 15%	L	14,260.87
FECHA LIMITE DE EMISIÓN:	IMPORTE GRAVADO 18%	L	—
28/02/2025	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	L	—
FECHA RECEPCIÓN: 28/02/2024	SUB-TOTAL	L	14,260.87
Original: "Cliente" Copia: "Obligado Tributario Emisor"	I.S.V. AL 15%	L	2,139.13
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"	I.S.V. AL 18%	L	—
IMPRESA SIGRA SISTEMAS GRAFICOS, L.E.C	TOTAL FACTURA	L	16,400 =
TEL. 2661-2349 // 9992-6949 //			
2661-3949, R.T.N. 04011974008267			
CERTIFICADO Nº 9231-22-10500-111			

SON: Dieciseis mil cuatrocientos lempiras exactos

TRIBUTAR ES PROGRESAR

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

Documento Fiscal Válido



OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN: 04191987000101
Nombre o Razón Social: CARLOS HUMBERTO MEJIA BENITEZ
Nombre Comercial: TECHNO SYSTEMS
Profesión u Oficio: INGENIERO APLICACIONES DE LA INFORMATICA
Teléfono: 98904704
Email: cbenitez14@gmail.com
Dirección de Casa Matriz: BARRIO:BARRIO MIRAFLORES, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: S/N, MUNICIPIO: NUEVA ARCADIA, DEPARTAMENTO: COPÁN
Dirección de Establecimiento: DIRECCION: BARRIO MIRAFLORES, PRINCIPAL, No. S/N, MUNICIPIO: NUEVA ARCADIA, DEPARTAMENTO: COPÁN

IMPRENTA

RTN: 04011974008267
Nombre Comercial: CARVAJAL PESQUERA LILIAN YAMILETH

GENERALES

Número del Documento: 000-001-01-00007528
Fecha de Autorización: 28/02/2024
Modalidad: Impresión por Imprenta
Tipo de Documento: FACTURA
Fecha de Vencimiento: 28/02/2025
CAI: 96F6AB-273666-BA4D94-AD1527-8162F1-72
Desde (Rango Autorizado): 000-001-01-00007351
Hasta (Rango Autorizado): 000-001-01-00007650

TRIBUTAR ES PROGRESAR

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn



ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007883

23 de mayo de 2024

MACUELIZO

Lugar y Fecha

CARLOS HUMBERTO MEJA BENTEZ

16,400.00

Páguese a la orden de

DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras



Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆01001150⑆00010900002503⑆00007883

CONCEPTO DEL PAGO go por Mantenimiento y Limpieza completa, Instalación y Activación de Microsoft Office, Instalación de Antivirus de 1 año, Instalación de Programas de Utilería a 5 Computadoras de Escritorio y 3 Portátiles utilizadas en los diferentes departamentos de las oficinas del Equipo Técnico Coordinador y Laboratorio Clínico de CIS Sula. Siendo en Total 8 Computadoras.

PAGO DE Pago por Mantenimiento y Limpieza completa, Instalación y Activación 16,400.00

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	de Microsoft Office, Instalación de Antivirus de 1 año, Instalación de Programas de Utilería a 5 Computadoras de Escritorio y 3 Portátiles utilizadas en los diferentes departamentos de las oficinas del Equipo Técnico Coordinador y Laboratorio Clínico de CIS Sula. Siendo en Total 8 Computadoras.			

CHEQUE No. 00007883

BALANCE

0119198700010



Carlos Humberto Mejía Bentéz
AUTORIZADO POR



Carlos Humberto Mejía Bentéz
RECIBI CONFORME

