



Honduras, C.A.

YAMARANGUILA, INTIBUCÁ  
EJERCICIO: 2021

**Orden de Pago**  
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 29/07/2021  
Hora : 10:26 a.m.  
USUARIO: HEYDI.ARRIAGA  
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 13296

L.: 19,000.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 5587

Fecha de Emision: 29/7/2021

No.Cheque/Nota de Debito: CK8635

Paguese a: HENRY AHAMED REYES MATAMOROS

Id/RTN: 17011973005180

La Cantidad en Letras: DIECINUEVE MIL CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Pago de Ataudes: 1 sector niñez (Juan Sanchez, Sequire), Sector Mujer ( Maria Sarai Manueles, Catalina Manueles, Oloas), (Damaris Raquel El Porvenir, El Pelon) Sector PArticipacion Ciudadana (Yovany Bejarano Vasquez, Planes Yamaranguila)

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 03 000 001 000 54200 11-001-01	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	3,000.00
12 02 000 003 000 54200 11-001-01	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	4,000.00
11 04 000 001 000 54110 11-001-01	Ayuda Social A Personas De Capital	12,000.00

CODIGO	RETENCIONES DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

CODIGO	RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS DESCRIPCION	MONTO
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	19,000.00
Monto Total:		19,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		MONTO
SUBTOTAL		19,000.00
- RETENCIONES		0.00
TOTAL		19,000.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por: Henry Ahamed Reyes Matamoros

Identidad No.: 1701197300518



**Funerales Renacer**

TEL: 2783-0226  
LA ESPERANZA, INTIBUCA  
HONDURAS C.A.

0s+js/f9JmDSDNVgyk0AdNmwLIBtyBSr6IDwd4h7RV39/MexfuJ7kulOLR/hDoI5CI07+H/db8A83MIMz/DbYudAtvitF-QW7oB9Jc4FyuW6bLLg56FkZmZv73V2iLR30  
1wI9qerdKXS7BKLKyawt3qzKgcVrJUicVkiyo448=



**CORPORACION MUNICIPAL  
DE YAMARANGUILA**  
YAMARANGUILA, INTIBUCA,  
HONDURAS, C.A. TELFAX: 2783-8080



**CHEQUE No. de 00005633**

Cuenta No. 11-301-000862-2

Yamaranguila, Intibucá  
Lugar y Fecha

HENRY AHAMED KEYES MATAMOROS

19,000.00

Páguese a la orden de QUINCE MIL CON CERO CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras



**Banco de Occidente, S.A.**

Firma(s)

⑆01301079⑆00113010008622⑆00005633

**CONCEPTO DEL PAGO**

CUENTA	DESCRIPCION	DEBE	HABER
11-301-000862-2	Saraí Manueles, Catalina Manueles, Oloas), (Damaris Raquel El Porvenir, El Pelon) Sector Participacion Ciudadana (Yovany Bejarano Vasquez, Planes Yamaranguila)		
	 <b>Funerales Renacer</b> TEL: 2783-0226 LA ESPERANZA, INTIBUCA HONDURAS C.A.	19,000.00	19,000
	<b>TOTAL Lps. →</b>		17011973005180
<b>CHEQUE No.</b> 0005633	<b>REVISADO</b>	<b>AUTORIZADO</b>	<b>IDENTIDAD No.</b>
		<i>Henry Ahamed Keyes Matamoros</i>	
		<b>NOMBRE Y FIRMA</b>	

BANCO DE OCCIDENTE, S.A. DE C.V. R.T.N. 5919563555; CERTIFICADO DE REGISTRO EN EL REGISTRO DE EMPRESAS DE HONDURAS, S.A. DE C.V. REG. 2214009; INTIBUCAPOLSA

Banco de Occidente de Honduras, S.A. de C.V.



# Funerales Renacer

Barrio El Centro, contiguo a Hondutel, La Esperanza, Intibuca.

Tel. 2783-0226 / E-mail: funerales.renacer45@gmail.com

CAI: 870D6E-A3DBBA-36499B-B686BA-31980B-C9

RTN: 17011973005180

**FACTURA N°**

001-001-01-00000171

Fecha: 29 de Julio del 20 20

Cliente: Alcaldia Municipal de Yomoronquillo


R.T.N.: 1016 - 9003 429966

Dirección: Yomoronquillo

Datos del Cliente Exonerado: N° Correlativo de Orden de Compra Exentar: N° Correlativo de Constancia de Registro Exonerados:

Cliente Exonerado



CANTID.	DESCRIPCIÓN	P. UNITARIO LPS.	DE	FECHA	
4	Ataud basico	4.000			
1	Ataud de niño	3.000			
 <b>Funerales Renacer</b>					
<b>CANCELADO</b>					
			<b>Total L.</b>		
Rango Autorizado: 001-001-01-00000171 / Fecha limite de emisión: 23/11/2021				Importe Exonerado L.	16.521.74
Original: Cliente / Copia: Obligado Tributario				Importe Exento L.	
LA ESPERANZA, INTIBUCA, HONDURAS C.A.				Importe Gravado 15% L.	2.478.26
<p>ocurren m<sup>is</sup> exacto</p> <p>LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS ¡EXUALA!</p>				Importe Gravado 18% L.	
				15% I.S.V. L.	
				18% I.S.V. L.	
				4% I.S. Turismo L.	
FIRMA AUTORIZADA Y SELLO				Total a Pagar L.	19.000

LA ESPERANZA, INTIBUCA, HONDURAS C.A. / LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS ¡EXUALA!


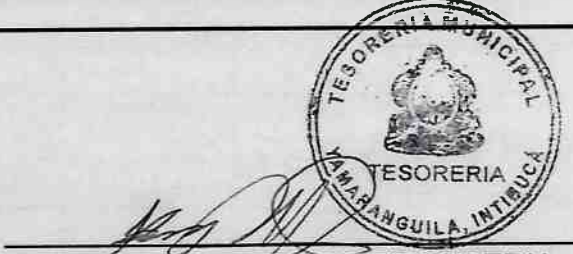


REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



ORDEN DE COMPRA Nº 0384

PROYECTO	Compra de ataúd				
FECHA	20 julio del 2021				
TIEMPO DE ENTREGA	2 días				
LUGAR DE ENTREGA	Alcaldia de Yamaranguila				
PROVEEDOR	Funerales Renacer				
No.	DESCRIPCION	U/M	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
1.-	Ataúd Basico	clu	4	4,000.00	16,000.00
2.-	Ataúd para niño	clu	1	3,000.00	3,000.00
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.-					
15.-					
16.-					
17.-					
18.-					
19.-					
20.-					
	SUB-TOTAL				
	IMPUESTO DEL 12%				
	TOTAL				19,000.00

  ENCARGADO DE COMPRAS	  DEPARTAMENTO DE TESORERIA
--	--



REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



SOLICITUD DE COTIZACION

Señor: FUNERALES RENACER

Sírvase favor brindarnos cotización sobre lo siguiente

Entregado en: Alcaldía de Yamaranguila

RTN:1701-1973-005180

NO	Detalle	Cantidad	Precio unitario	Valor total
1	Ataúd básico	4	4,000.00	16,000.00
2	Ataúd para niño	1	3,000.00	3,000.00
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10	Total			19,000.00

Condiciones pago y contado:

*al contado*

Lugar y fecha:

*Yamaranguila Intibaca 15 julio del 2011*

FIRMA Y SELLO

  
Funerales  
Renacer  
TEL: 2783-0226  
LA ESPERANZA INTIBACA  
HONDURAS

Barrio San Carlos Frente a Parque El Bosque Tel: 2782 8089

Email: Muniyamaranguila2010@yahoo.com

*Mi Existencia Depende de Cuánto Yo Proteja Los Recursos Naturales*

# Solicitud

Sequiere yamaranguilo 26/07/21

Profesora Sara Dominga Garcia  
Alcaldesa Municipal - yamaranguilo

Por este medio estoy solicitando a usted la donación de un ataúd para el sepelio de mi pequeño nieto: Erick David Sanchez Sanchez de 8 meses de edad quien fallecio el dia 26 de julio del presente año.

Estando muy agradecido por su enorme colaboracion les saludamos muy atentamente

Juan Sanchez

Juan Sanchez

IDT: 1016197100170

L. 3.000.00



REPUBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

INSCRIPCION DE DEFUNCION No. 1 0 1 6 - 2 0 2 1 - 0 0 0 8 1

IDENTIDAD DEL FALLECIDO 1 0 1 6 - 2 0 2 1 - 0 0 0 6 7

EN YAMARANGUILA INTIBUCA EL DIA MIÉRCOLES VEINTIOCHO  
Municipio Departamento Nombre del Día Fecha  
DE JULIO DEL DOS MIL VEINTIUNO ANTE MI EDELMIN GOMEZ MANUELES  
Mes Año Nombre y Apellido del Registrador Civil

SE INSCRIBIO LA SIGUIENTE DEFUNCION; DATOS DEL FALLECIDO

ERIK DAVID SANCHEZ SANCHEZ SEXO MASCULINO  
Nombres Primer Apellido Segundo Apellido  
EDAD Mayor de 1 año : Años Menor de 1 Mes : Dias Menor de 1 día : Horas SEQUIRE  
Menor de 1 año : Meses 7 Menor de 1 día : Horas Bo. Col. / Aldea Caserío  
NACIONALIDAD HONDUREÑA LUGAR DE DEFUNCION HONDURAS INTIBUCA  
Municipio País Departamento  
YAMARANGUILA YAMARANGUILA MANAZAPA  
Municipio Ciudad o Aldea Barrio o Caserío  
HORA DE LA DEFUNCION 06:50 A.M. FECHA DE LA DEFUNCION JULIO 2021  
Hora Mes en letras Año

FECHA Y LUGAR DE ENTIERRO LOCAL JEA SANTA MARIA, LAS FLORES SAN MARCOS DE LA SIERRA, INTIBUCA  
Fecha Nombre del Cementerio Ciudad o Aldea Municipio/Departamento

DATOS DEL COMPARECIENTE

JUAN SANCHEZ Documento de Identidad 1016-1971-00170 Nacionalidad HONDUREÑA  
Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Identidad Nacional  
Domicilio INTIBUCA SEQUIRE Condición de Compareciente ABUELO  
Departamento Municipio Bo. Col. Aldea Caserío

DATOS DE LOS TESTIGOS

Primer Testigo Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Documento de Identidad Nacionalidad  
Segundo Testigo Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Documento de Identidad Nacionalidad

CAUSAS DE LA DEFUNCION

ENFERMEDAD JERSON BAUTISTA  
EXPLIQUE : HIDROCEFALIA, MAL PRONOSTICO DE VIDA Nombres y Apellidos de la persona que constató la defunción  
ENMIENDAS Y OBSERVACIONES Colegiado con el Número

NINGUNA.

PADRES DEL FALLECIDO  
JOSE BELTRAN SANCHEZ PADRE HONDUREÑA  
Nombres y Apellidos SANCHEZ Nacionalidad  
YAMARANGUILA, INTIBUCA LABRIGO OBRERO  
Municipio/Dpto de Domicilio Agrícola Profesión u Oficio  
VIRGINIA SANCHEZ MADRE HONDUREÑA  
Nombres y Apellidos VASQUEZ Nacionalidad  
YAMARANGUILA, INTIBUCA ANA DE CASA  
Municipio/Dpto de Domicilio Profesión u Oficio

Resolución x Omisión  Muerte Presunta

Numero Fecha Resolución Sentencia  
Oficial Civil Departamental/Seccional Juzgado  
Departamento/Municipio  
Nombre del Juzgado  
Fecha de Recepción

FIRMA O HUELLA DACTILAR

1 Juan Sánchez Firma del Compareciente  
2 Edmundo Gómez M. Firma  
Nombres y Apellidos del Escribiente Responsable de la Inscripción

FIRMA DE TESTIGOS

3 Primer Testigo Segundo Testigo  
Firma y Sello del Registrador Civil Municipal/Auxiliar







ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA

TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Juan Sanchez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2021 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.

N° 614470

Yamaranguila 28/07/2021

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2021



[Handwritten Signature]  
Firma y Sello del Alcalde

## SOLICITUD

El Porvenir Aldea El Pelón, Yamaranguila, Intibucá 20-07-2021

Para: Lic. Sara Dominga García

Alcaldesa de Yamaranguila

Reciba un atento y cordial saludo y desearle éxitos en sus labores que a diario realiza.

La presente tiene como propósito solicitar a usted un ataúd ya que mi padre José Eulogio Lorenzo Dominguez falleció el día martes 20 de julio de 2021 en el hospital de área de la Esperanza y no contamos con lo económico para comprar, ya que mi familia es de escasos recursos y lo necesitamos con urgencia para darle una cristiana sepultura.

Esperando la solicitud sea tomada en cuenta, y resuelta a nuestro favor ya que somos sabedores de su gran apoyo a las familias de escasos recursos en esos momentos de necesidad.

De antemano le estaremos muy agradecidos nuestra familia ¡Que Dios la bendiga!

Atentamente,

Damaris Raquel Lorenzo Ramos

Damaris Raquel Lorenzo Ramos

N. Identidad 1006-1990-00141

**RNP** REPUBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
TARJETA DE IDENTIDAD

**DÁMARIS RAQUEL / LORENZO RAMOS**



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL 25 DICIEMBRE 1969  
SEXO FEMENINO  
EMITIDA EL 18 MARZO 2013

**1006-1990-00141**



11741999-02

ARTICULO 91- LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.




DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1016

**DÁMARIS RAQUEL / LORENZO RAMOS**  
**1006-1990-00141**

 **ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA**  
TEL. 2783-8080  
**CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES**

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Damaris Raquel Lorenzo


ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 20 11 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.

N° 612445

Yamaranguila 18/03/2021  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2021



  
Firma y Sello del Alcalde



REPUBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
TARJETA DE IDENTIDAD

JOSE EULOGIO / LORENZO DOMINGUEZ



HONDUREÑO POR : NACIMIENTO  
NACIO EL : 13 SEPTIEMBRE 1956  
SEXO : MASCULINO  
EMITIDA EL : 10 SEPTIEMBRE 2013



1016-1956-00174



01748249-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

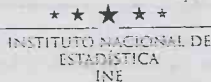
  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1016

JOSE EULOGIO / LORENZO DOMINGUEZ

1016-1956-00174



### CONSTANCIA DE DEFUNCION

No. 117959

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

<b>1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION</b>		<b>2.5 Sitio donde murió:</b>																	
1.1 Nombre y apellido completo del médico: <u>OSCAR JAVIER JUAN LOPEZ</u>		Establecimiento de Salud... <input checked="" type="checkbox"/> 1 Casa.... <input type="checkbox"/> 2 Otro.... <input type="checkbox"/> 3																	
1.2 N° de colegiación del médico: <u>17683</u>		<b>2.6 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:</b>																	
<b>2. DATOS DEL FALLECIDO</b>		Departamento: <u>Intibucá</u>																	
2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: <u>Jose Eclogio Jorjze</u>		Municipio: <u>Intibucá</u>																	
2.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad..... <input checked="" type="checkbox"/> 1 Pasaporte..... <input type="checkbox"/> 2 Otro..... <input type="checkbox"/> 3		Ciudad o aldea: _____																	
Número: <table border="1"><tr><td>1</td><td>0</td><td>1</td><td>6</td></tr><tr><td>1</td><td>9</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>7</td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		1	0	1	6	1	9	5	6	0	0	1	7	4				Barrio, colonia o caserío: <u>Barrio El Way</u>	
1	0	1	6																
1	9	5	6																
0	0	1	7																
4																			
2.3 Sexo: Hombre... <input checked="" type="checkbox"/> 1 Mujer..... <input type="checkbox"/> 2		<b>2.7 Causa básica de la muerte</b> <u>Falla Ventilatoria</u>																	
2.4 Fecha y hora del fallecimiento:		<b>3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION</b>																	
a.m... <input checked="" type="checkbox"/> 1 p.m.... <input type="checkbox"/> 2		<table border="1"> <tr> <td>30</td><td>07</td><td>20</td><td>01</td><td>09</td><td>15</td> </tr> <tr> <td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td><td>Hora</td><td>Minutos</td><td></td> </tr> </table>		30	07	20	01	09	15	Día	Mes	Año	Hora	Minutos					
30	07	20	01	09	15														
Día	Mes	Año	Hora	Minutos															
<table border="1"> <tr> <td>30</td><td>07</td><td>20</td><td>01</td> </tr> <tr> <td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td><td></td> </tr> </table>		30	07	20	01	Día	Mes	Año		<table border="1"> <tr> <td>30</td><td>07</td><td>20</td><td>01</td> </tr> <tr> <td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td><td></td> </tr> </table>		30	07	20	01	Día	Mes	Año	
30	07	20	01																
Día	Mes	Año																	
30	07	20	01																
Día	Mes	Año																	



CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

### INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

No. 117959

<b>1. DATOS DEL FALLECIDO</b>		<b>1.7 Nacionalidad:</b> Hondureña..... <input checked="" type="checkbox"/> 1 Extranjera..... <input type="checkbox"/> 2									
1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: <u>Jose Eclogio Jorjze Domínguez</u>		<b>1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:</b>									
Nombre (s) <u>Jose Eclogio</u> Primer apellido <u>Jorjze</u> Segundo apellido <u>Domínguez</u>		Garífuna..... <input type="checkbox"/> 1 Miskito..... <input type="checkbox"/> 5 Otro..... <input type="checkbox"/> 9									
1.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad... <input checked="" type="checkbox"/> 1 Pasaporte..... <input type="checkbox"/> 2 Otro..... <input type="checkbox"/> 3		Negro inglés... <input type="checkbox"/> 2 Lenca..... <input checked="" type="checkbox"/> 6 Ninguno..... <input type="checkbox"/> 10									
Número <u>1016 1956 00174</u>		Tolupán..... <input type="checkbox"/> 3 Tawahka..... <input type="checkbox"/> 7 No sabe/No resp..... <input type="checkbox"/> 11									
1.3 Domicilio habitual o permanente:		Pech (Paya)... <input type="checkbox"/> 4 Chortí..... <input type="checkbox"/> 8									
Departamento: <u>Intibucá</u>		<b>1.9 ¿Sabía leer y escribir?</b> Sí..... <input type="checkbox"/> 1 No..... <input type="checkbox"/> 2									
Municipio: <u>Yamoroque</u>		<b>1.10 Estudios realizados:</b>									
Aldea o ciudad: <u>Porvenir</u>		Ninguno..... <input checked="" type="checkbox"/> 0 Incompleta Completa									
Barrio, colonia o caserío: _____		Primaria..... <input type="checkbox"/> 2 ..... <input type="checkbox"/> 1 ..... <input type="checkbox"/> 2									
1.4 Sexo: Hombre..... <input checked="" type="checkbox"/> 1 Mujer..... <input type="checkbox"/> 2		Secundaria..... <input type="checkbox"/> 3 ..... <input type="checkbox"/> 1 ..... <input type="checkbox"/> 2									
1.5 Fecha de nacimiento: <table border="1"><tr><td>13</td><td>07</td><td>19</td><td>56</td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td><td></td></tr></table>		13	07	19	56	Día	Mes	Año		Superior..... <input type="checkbox"/> 4 ..... <input type="checkbox"/> 1 ..... <input type="checkbox"/> 2	
13	07	19	56								
Día	Mes	Año									
1.6 Edad al fallecer, si era:		<b>1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)</b>									
Menor de un día: <input type="checkbox"/> Horas Menor de un mes: <input type="checkbox"/> Días		_____									
Menor de un año: <input type="checkbox"/> Meses		_____									
De un año o mayor: <input type="checkbox"/> <u>64</u> Años Se ignora <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9		_____									

# Solicitud

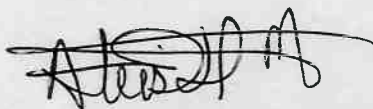
Comunidad de Oloas.

Vice Alcaldesa Municipal.

Prof: Sara.

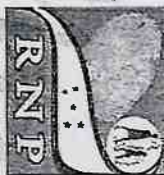
Reciba un caluroso saludo deseandole éxitos en sus labores que a diario realiza.

YO Abis Lili del Cid Manueles con No de Identidad 1006199600763 declaro bajo juramento que soy familiar de quien en vida se llamo: Catalina Manueles Gomez con No de Identidad 1016194200047 razón por la cual, concurre ante usted para que autorice la entrega de un Atúd ya que somos de escaso recursos economicos De ante mano mi agradecimiento.



1006-1996-00763.

\$. 4,000.00



REPÚBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN No. 1016-2021-00079

IDENTIDAD DEL FALLECIDO 1016-1942-00047

EN YAMARANGULA INTIBUCA EL DIA MIÉRCOLES VEINTIOCHO  
DE JULIO DEL DOS MIL VEINTIUNO ANTE MI EDELMAN GOMEZ MANUELES  
Municipio Nombre del Registrador Civil

SE INSCRIBIO LA SIGUIENTE DEFUNCIÓN: DATOS DEL FALLECIDO

EDAD	Mayor de 1 año : Años 79 Menor de 1 Mes : Dias - - - - - Menor de 1 día : Horas - - - - -	DOMICILIO	INTIBUCA	YAMARANGULA	CERRO LAS ANONAS
NACIONALIDAD	HONDUREÑA	LUGAR DE DEFUNCIÓN	INTIBUCA	HONDURAS	INTIBUCA
HORA DE LA DEFUNCIÓN	01:10 A.M.	FECHA DE LA DEFUNCIÓN	DIECINUEVE	JULIO	2021
FECHA Y LUGAR DE ENTIERRO	19/07/2021	MUNICIPAL	BARRIO MORAZAN	YAMARANGULA, INTIBUCA	Municipio/Departamento

DATOS DEL COMPARECIENTE  
Nombres MERLY YASMINA VASQUEZ AMAYA  
Primer Apellido Segundo Apellido  
Domicilio INTIBUCA YAMARANGULA OLOAS Bo. Col. Aldea Caserio

DATOS DE LOS TESTIGOS  
Primer Testigo Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Documento de Identidad Nacionalidad  
Segundo Testigo Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Documento de Identidad Nacionalidad

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN  
ENFERMEDAD  
EXPLIQUE : FALLA VENTILATORIA SCHOCK SEPTICO DE ORIGEN PULMONAR, COVID-19, NEUMONIA GRAVE SDRÁ HEPATOPATIA

ENMIENDAS Y OBSERVACIONES  
NINGUNA

PADRES DEL FALLECIDO

LEONARDO MANUELES HONDUREÑA Nacionalidad  
SE IGNORA, SE IGNORA Profesión u Oficio  
LUISA GOMEZ HONDUREÑA Nacionalidad  
SE IGNORA, SE IGNORA Profesión u Oficio

Resolución x Omisión  Muerte Presunta

FIRMA O HUELLA DACTILAR

1 *[Firma]*  
Firma del Compareciente

2 *[Firma]*  
Firma del Registrador Civil

FIRMA DE TESTIGOS

1 *[Firma]*  
Firma y Apellidos del Escribiente Responsable de la Inscripción

2 *[Firma]*  
Primer Testigo

3 *[Firma]*  
Segundo Testigo

Firma y Sello del Registrador Civil  
Municipal/Auxiliar





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Abis Lili Del Cid Manueles

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 20 21 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.

N° 613031

Yamaranguila 06/09/2021

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2021



[Handwritten Signature]  
Firma y Sello del Alcalde

 **REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**ABIS LILI / DEL CID MANUELES**

 **HONDUREÑA POR NACIMIENTO**  
**NACIO EL: 16 MAYO 1996**  
**SEXO: FEMENINO**  
**EMITIDA EL: 20 MAYO 2014**



**1006-1996-00763**   
15129995-01

**ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS:** Ninguna Autoridad o persona particular, podrá proveer a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1001

**ABIS LILI / DEL CID MANUELES**  
**1006-1996-00763**

Oloos Yamaranguila Departamento de  
Intibucá. 14 de Julio del 2021

Sañosas miembros de la Corporación  
Municipal, Con el respeto que ustedes  
se merecen, me dirijo hacia ustedes  
para Solicitarles la ayuda de un  
ataúd la cual necesito con amargancia  
ya que soy de escasos recursos  
Espero su pronto respuesta, de  
antemano les agradezco mucho.

Atte Jose Hermas Pariz  
Manuales

Idt. 1076 1979 00219



\*\*\*  
INSTITUTO NACIONAL DE  
ESTADÍSTICA  
INE



Registro Nacional de las Personas

### CONSTANCIA DE DEFUNCION

No. 037233

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA.

<b>1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION</b>		<b>2.5 Sitio donde murió:</b>	
1.1 Nombre y apellido completo del médico: <u>Jesús Carlos Nolasco Sagastume</u>		Establecimiento de Salud... <input checked="" type="radio"/> 1 Casa...2 Otro...3	
1.2 N° de colegiación del médico: <u>14837</u>		2.6 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:	
<b>2. DATOS DEL FALLECIDO</b>		Departamento: <u>Intibucá</u>	
2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: <u>María Saldívar Manuel Gómez</u>		Municipio: <u>Intibucá</u>	
2.2 Documento de Identidad:		Ciudad o aldea: _____	
Tarjeta de Identidad... <input checked="" type="radio"/> 1 Pasaporte...2 Otro...3		Barrio, colonia o caserío: <u>Barrio El Way</u>	
Número: <u>1016196100001</u>		2.7 Causa básica de la muerte: <u>Falla Ventilatoria</u>	
2.3 Sexo: Hombre...1 Mujer... <input checked="" type="radio"/> 2		<b>3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION</b>	
2.4 Fecha y hora del fallecimiento:		13 07 2021 12 28	
Día Mes Año Hora Minutos		Día Mes Año	
a.m...1 p.m... <input checked="" type="radio"/> 2		Firma: <u>[Firma]</u>	



CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

### INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

No. 037233

<b>1. DATOS DEL FALLECIDO</b>		<b>1.7 Nacionalidad:</b> Hondureña... <input checked="" type="radio"/> 1 Extranjera...2	
1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: <u>María Saldívar</u> <u>Manuel</u> <u>Gómez</u>		1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:	
Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido		Garífuna...1 Miskito...5 Otro...9	
1.2 Documento de Identidad:		Negro Inglés...2 Lenca...6 Ninguno...10	
Tarjeta de Identidad... <input checked="" type="radio"/> 1 Pasaporte...2 Otro...3		Tolupán...3 Tawahka...7 No sabe/No resp...11	
Número: <u>1016196100001</u>		Pech (Paya)...4 Chortí...8	
1.3 Domicilio habitual o permanente:		1.9 ¿Sabía leer y escribir? Si...1 No...2	
Departamento: <u>Intibucá</u>		1.10 Estudios realizados:	
Municipio: <u>Yamdenanguila</u>		Ninguno... <input checked="" type="radio"/> 1 INCOMPLETA COMPLETA	
Aldea o ciudad: <u>Oloas</u>		Primaria...2 1...2	
Barrio, colonia o caserío: _____		Secundaria...3 1...2	
1.4 Sexo: Hombre...1 Mujer... <input checked="" type="radio"/> 2		Superior...4 1...2	
1.5 Fecha de nacimiento: <u>07 12 1960</u>		1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.) <u>Ama de Casa</u>	
Día Mes Año			
1.6 Edad al fallecer, si era:			
Menor de un día: [ ] Horas Menor de un mes: [ ] Días			
Menor de un año: [ ] Meses			

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**MARIA SARARIY / MANUELES GOMEZ**



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO EL: 07 DICIEMBRE 1960  
SEXO: FEMENINO  
EMITIDA EL: 19 SEPTIEMBRE 2017



**1016-1961-00001**

  
00222618-03

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. - La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1016  
**MARIA SARARIY / MANUELES GOMEZ**  
**1016-1961-00001**

REPUBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
TARJETA DE IDENTIDAD

RNP

JOSE HERMEZ / PEREZ MANUELES



HONDUREÑO POR NACIMIENTO  
NACIO EL 09 MAYO 1979  
SEXO MASCULINO  
EMITIDA EL 19 SEPTIEMBRE 2017



1016-1979-00219



02203698-03

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1016  
JOSE HERMEZ / PEREZ MANUELES  
1016-1979-00219

## SOLICITUD

El Planes, Yamaranguila 09 /07/2021

Para: Alcaldesa Municipal de Yamaranguila

Reciba una cordial salud que Dios le derrame muchas bendiciones en sus labores.

Por medio de la presente me dirigí a usted para solicitar un ataúd para Higinio Mejía Ayala el cual falleció 07 de julio del 2021 en la comunidad del Planes Yamaranguila.

El cual no contamos económicamente con los gastos suficientes para poder adquirirlo.

Espero una respuesta positiva a nuestra solicitud.

Conocedores de su espíritu de colaboración estaré muy agradecido.

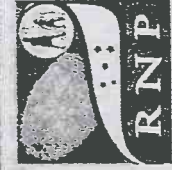
DIOS LE BENDIGA

Atentamente:

Yovany Bejarano Vásquez

**Yovany Bejarano Vásquez**

**1016-1981-00519**



REPUBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

INSCRIPCION DE DEFUNCION No. 1 0 1 6 - 2 0 2 1 - 0 0 0 7 3

IDENTIDAD DEL FALLECIDO 1 0 1 6 - 1 9 5 6 - 0 0 0 1 8

EN YAMARANGUILA Municipio INTIBUCA Departamento EL DIA VIERNES Nombre del Dia NUEVE FECTIB  
DE JULIO Año DEL DOS MIL VEINTIUNO ANTE MI Nombre y Apellido del Registrador Civil EDELMIN GOMEZ MANUELES

SE INSCRIBIO LA SIGUIENTE DEFUNCION; DATOS DEL FALLECIDO

HIGINIO Nombres	MEJIA	AYALA	Sexo	MASCULINO
EDAD	Mayor de 1 año : Años 65	Menor de 1 día : Horas	Menor de 1 Mes : Dias	
DOMICILIO	INTIBUCA	YAMARANGUILA	PLANES	
LUGAR DE DEFUNCION	HONDURAS	INTIBUCA	Bo. Col. Aldea Caserio	
NACIONALIDAD	HONDUREÑA	LA ESPERANZA	BARRIO LA GRUTA	
HORA DE LA DEFUNCION	01:40 P.M.	FECHA DE LA DEFUNCION	JULIO 2021	
FECHA Y LUGAR DE ENTIERRO	08/07/2021	LOCAL	ALDEA PLANES	
DATOS DEL COMPARECIENTE		Documento de Identidad	NACIONALIDAD	HONDUREÑA
AQUILEO Nombres	MEJIA	CANTARERO	Condición de Compareciente	HIJO
Domicilio	FRANCISCO MORAZAN	DISTRITO CENTRAL	COL. FLOR DEL CAMPO	
DATOS DE LOS TESTIGOS		Documento de Identidad	Nacionalidad	
Primer Testigo Nombres		Documento de Identidad	Nacionalidad	
Segundo Testigo Nombres		Documento de Identidad	Nacionalidad	
CAUSAS DE LA DEFUNCION		INSCRIPCION BASADA EN CONSTANCIA EMITIDA POR		
PRUEBA		Nombres y Apellidos de la persona que constató la defunción		
EXPLIQUE : PARO CARDIORESPIRATORIO, MALA CIRCULACION DE LA SANGRE		Colegiado con el Número		
ENMIENDAS Y OBSERVACIONES		NINGUNA.		

**PADRES DEL FALLECIDO**

**PADRE**  
 Nombres y Apellidos: JUAN MEJIA  
 Nacionalidad: HONDUREÑA

**MADRE**  
 Nombres y Apellidos: ERLINDA AYALA  
 Nacionalidad: HONDUREÑA

YAMARANGUILA, INTIBUCA  
 Municipio/Depto de Domicilio

YAMARANGUILA, INTIBUCA  
 Municipio/Depto de Domicilio

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_

Resolución x Omisión  Muerte Presunta

**FIRMA O HUELLA DACTILAR**

1

2

3

**FIRMA DE TESTIGOS**

Primer Testigo \_\_\_\_\_

Segundo Testigo \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Registrador Civil Municipal/Auxiliar

**FIRMA O HUELLA DACTILAR**

1

2

3

**FIRMA DE TESTIGOS**

Primer Testigo \_\_\_\_\_

Segundo Testigo \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Registrador Civil Municipal/Auxiliar



 **REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

YOVANY / BEJARANO VASQUEZ

HONDUREÑO POR NACIMIENTO  
NACIO EL: 13 OCTUBRE 1981  
SEXO: MASCULINO  
EMITIDA EL: 15 OCTUBRE 2013

1016-1981-00519 


03802389-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.

  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1016  
YOVANY / BEJARANO VASQUEZ  
1016-1981-00519

 **ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA**  
TEL. 2783-8080

**CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES**

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Yovany Bajarano Vasquez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2021 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.

N° 613611

Yamaranguila 14/07/2021

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2021



  
Firma y Sello del Alcalde



Honduras, C.A.

YAMARANGUILA, INTIBUCÁ  
EJERCICIO: 2021

**Orden de Pago**  
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 08/07/2021  
Hora : 09:05 a.m.  
USUARIO: KRODRIGUEZ  
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 13240

L.: 23,500.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 5530

Fecha de Emisión: 8/7/2021

No. Cheque/Nota de Debito: CK 5577

Pague a: HENRY AHAMED REYES MATAMOROS

Id/RTN: 17011973005180

La Cantidad en Letras: VEINTITRES MIL QUINIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:

Pago de ataúd para Mayra Xiomara Bautista de la comunidad de el Clarinero , José Ariel Arriaga comunidad de Oloas , Consuelo Mejía Pérez de la comunidad de Membrillo , Celio Gómez de la comunidad de Barrial , Glenda Suyapa de la comunidad de los Mangos , Tiburcio Leonardo Manueles de la comunidad de Oloas .

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
12 02 000 003 000 54200 11-001-01	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	4,000.00
11 03 000 001 000 54200 11-001-01	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	3,000.00
11 04 000 001 000 54110 11-001-01	Ayuda Social A Personas De Capital	16,500.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	23,500.00
Monto Total:		23,500.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	23,500.00
- RETENCIONES	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>23,500.00</b>

Firma y Sello de Presupuestario:

Firma y Sello de Alcalde (sa):

Firma y Sello de Tesorera:

Recibido por: Henry Ahamed Reyes Matamoros  
Identidad No.: 1701197300518

**Funerales Renacer**  
TEL: 2783-0226  
LA ESPERANZA, INTIBUCA  
HONDURAS C.A.



**CORPORACION MUNICIPAL  
DE YAMARANGUILA**  
YAMARANGUILA, INTIBUCÁ  
HONDURAS, C.A. TELFAX: 2783-8080



CHEQUE No. 00005577

Yamaranguila, Intibucá  
Lugar y Fecha

8 de Julio de 2021

Cuenta No. 11-301-000862-2

HENRY AHAMED REYES MATAMOROS

L

23,500.00

Páguese a la orden de

VEINTITRES MIL QUINIENTOS CON CERO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras




Banco de Occidente, S.A.

Firma(s)

⑆01301079⑆00⑆13010008622⑆00005577

CONCEPTO DEL PAGO

CUENTA	DESCRIPCION	DEBE	HABER
11-301-000862-2	PAGO DE Pago de ataúd para Mayra Xiomara Bautista de la comunidad de el Clarinero , José Ariel Arriaga comunidad de Oloas ,Consuelo Mejía Pérez de la comunidad de Membrillo Celso Gómez de la comunidad de Barrial Glenda Suyapa de la comunidad de los Mameos Servicio Funerario de la comunidad de Oloas .  TEL: 2783-0226 LA ESPERANZA, INTIBUGA HONDURAS C.A.	23,500.00	23,500.
TOTAL Lps. →			
CHEQUE No. 00005577	REVISADO	AUTORIZADO	17011973005180
Henry Ahamed Reyes Matamoras			IDENTIDAD No.

NOMBRE Y FIRMA

IDENTIDAD No.



# Funerales Renacer

Barrio El Centro, contiguo a Hondutel, La Esperanza, Intibuca.

Tel. 2783-0226 / E-mail: funerales.renacer45@gmail.com

CAI: 870D6E-A3DBBA-36499B-B686BA-31980B-C9

RTN: 17011973005180

**FACTURA N°**

001-001-01-00000170

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

Cliente: Alcaldía Municipal de Yamoranguillo

R.T.N.: 1016-9003-429966

Dirección: Yamoranguillo

Datos del Cliente Exonerado: N° Correlativo de Orden de Compra Exenta: \_\_\_\_\_ N° Correlativo de Constancia de Registro Exonerados: \_\_\_\_\_ N° Identificativo del Registro de la SAIG: \_\_\_\_\_

CANTID.	DESCRIPCIÓN	P. UNITARIO LPS.	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS LPS.	TOTAL LPS.
4	Atavud Bacramilo	4.000-		16.000-
1	ataud pnciosa	4.500		4.500-
1	ataud poro nino	3.000		3.000-
		<b>Total L.</b>		



FIRMA AUTORIZADA Y SELLO

Publicidad: B. Torcedun, 2da avc. N.D. Comayagua, Tel. 2783-0226 / E-mail: funerales.renacer45@gmail.com / Certificado SAR N° 9231-19-10500-207

N° Correlativo de Constancia de Registro Exonerados: 001-001-01-00000200 / Fecha limite de emisión: 23/11/2021

Veintitres mil quinientos

LPS exacto



**Funerales Renacer**

**CANCELADO**

TEL: 2783-0226

LA ESPERANZA, INTIBUCA, C.A.

Importe Exonerado L.	70.434.78
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	3.065.72
Importe Gravado 18% L.	
15% I.S.V. L.	
18% I.S.V. L.	
4% I.S. Turismo L.	
<b>Total a Pagar L.</b>	<b>23.500-</b>



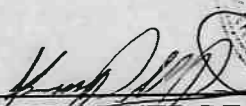



REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



ORDEN DE COMPRA N° 0368

PROYECTO	Ataud para ciudadanos del municipio				
FECHA	06 Julio del 2021				
TIEMPO DE ENTREGA	2 días				
LUGAR DE ENTREGA	Alcaldia Municipal de Yamaranguila				
PROVEEDOR	Funerales Renacer				
No.	DESCRIPCION	U/M	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	COSTO TOTAL
1.-	Ataud basico	clu	4	4,000.00	16,000.00
2.-	Ataud	clu	1	4,500.00	4,500.00
3.-	Ataud para niños	clu	1	3,000.00	3,000.00
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.-					
15.-					
16.-					
17.-					
18.-					
19.-					
20.-					
	<b>SUB-TOTAL</b>				
	<b>IMPUESTO DEL 12%</b>				
	<b>TOTAL</b>				23,500.00

  <b>ENCARGADO DE COMPRAS</b>	  <b>DEPARTAMENTO DE TESORERIA</b>
---	---



REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



SOLICITUD DE COTIZACION

Señor: FUNERALES RENACER

Sírvase favor brindarnos cotización sobre lo siguiente

Entregado en: Alcaldía de Yamaranguila

RTN:1701-1973-005180

NO	Detalle	Cantidad	Precio unitario	Valor total
1	Ataúd básico	4	4,000.00	16,000.00
2	Ataúd	1	4,500.00	4,500.00
3	Ataúd para niño	1	3,000.00	3,000.00
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10	Total			23,500.00

Condiciones pago y contado: al contado

Lugar y fecha; Yamaranguila, Intibuca 01 Julio del 2021

  
FIRMA Y SELLO  
  
**Funerales  
Renacer**  
TEL: 2783-0226  
ESPERANZA, INTIBUCA  
HONDURAS C.A.

Barrio San Carlos Frente a Parque El Bosque Tel: 2783 8080

Email: Muniyamaranguila2010@yahoo.com

*Mi Existencia Depende de Cuánto Yo Proteja Los Recursos Naturales*

El clarinero Yamaranguila

28 mayo 2021

Señor Alcalde Ing. Lorenzo Bejarano

Decco muchisimas bendiciones

Solicitud.

- Solicito por su digno medio el apoyo de gastos funebres para la niña Yanel Sorai Gomes Sanchez de 8 ~~meses~~ meses de edad. que murio por. Siroosis hepatica y su madre celina sanches. por lo que ella licho por la Salud de la bebe.

Atentamente Mayra Domasa  
Bardute. Reyes.

J. 3,000.00





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Mayra Xiomara Bautista Reyes

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 20 21 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.

N° 613745

Yamaranguila - 28/05/2021

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-21

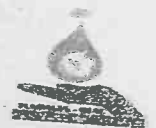


[Signature]  
Firma y Sello del Alcalde



SECRETARIA DE SALUD  
Cec # 9834 1590

SECRETARIA DE SALUD  
FUNDACION GESTORA DE LA SALUD  
HOSPITAL DR. ENRIQUE AGUILAR CERRATO  
INTIBUCA, INTIBUCA



Procedencia: B. Los Arbolitos

Resumen Administrativo de Egreso

AX-GC-ENF-008 D

Nombre: Jonel Sarchi Gomez Sanchez No. Expediente 1006-70-00853  
Edad: 7 M Sexo: Mujer Sala: Lactante / Medicinas

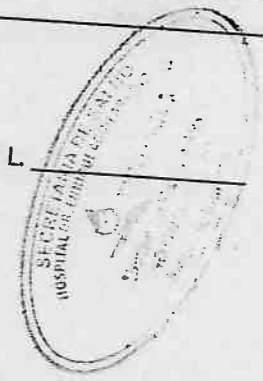
Diagnostico: Estenosis de via biliar Congenita / Cirugia biliar  
Fecha de Ingreso: 14 / 5 / 2021 Fecha de Egreso: 27 / 5 / 21

Días de Estancia: \_\_\_\_\_  
Procedimiento: \_\_\_\_\_

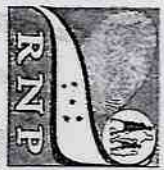
RX # 2 Duplicación de Medicamentos  
Laboratorio EGO, EGH, Quimica E.K.G. X Transfusión \_\_\_\_\_ U.S.G X

Valor Total: L. \_\_\_\_\_  
Enfermera Auxiliar / Profesional Responsable Belez  
Valor a Pagar: L. \_\_\_\_\_ Valor Exonerado: L. \_\_\_\_\_

Representante Administración



10717



REPÚBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN No. 1 0 1 6 - 2 0 2 1 - 0 0 0 6 2

IDENTIDAD DEL FALLECIDO 1 0 0 6 - 2 0 2 0 - 0 0 8 5 3

EN YAMARANGUILA DEPARTAMENTO DE INTIBUCA EL DIA MIÉRCOLES DOS DE JUNIO DEL DOS MIL VEINTIUNO ANTE MI EDELMAN GOMEZ MANRIQUEZ, Registrador Civil

Nombres: JANEL SARAI GOMEZ SANCHEZ Sexo: FEMENINO

EDAD: Mayor de 1 año: Años Menor de 1 Mes: Uras Menor de 1 día: Horas

NACIONALIDAD: HONDUREÑA LUGAR DE DEFUNCIÓN: YAMARANGUILA, HONDURAS

HORA DE LA DEFUNCIÓN: 04:30 A.M. FECHA DE LA DEFUNCIÓN: VEINTIOCHO DE MAYO DE 2021

FECHA Y LUGAR DE ENTIERRO: 29/05/2021 LOCAL: ALDEA EL CLARINERO YAMARANGUILA, INTIBUCA

DATOS DEL COMPARECIENTE: MIRA XIOMARIA BAUTISTA REYES Documento de Identidad: 1016-1975-00259 Nacionalidad: HONDUREÑA

Domicilio: INTIBUCA YAMARANGUILA EL MEMBRILLO NO. 1 Bo. Col. Aldas Caserio

DATOS DE LOS TESTIGOS: Primer Testigo: Nombres, Primer Apellido, Segundo Apellido, Documento de Identidad, Nacionalidad

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: ENFERMEDAD EXPLIQUE: DX: CIRROSIS HEPATICA COMPLICADA

ENMIENDAS Y OBSERVACIONES: NINGUNA.

PADRES DEL FALLECIDO: MARCIANO GOMEZ VASQUEZ (Padre), CELINA SANCHEZ SANCHEZ (Madre)

Resolución x Omisión:  Muerte Presunta  Resolución: Número, Fecha Resolución, Oficial Civil, Juzgado

FIRMA O HUELLA DACTILAR: 1. Firma del Compareciente (MIRA XIOMARIA BAUTISTA REYES)

FIRMA DE TESTIGOS: 2. Primer Testigo (Edelmann Gomez Manriquez), 3. Segundo Testigo

Firma y Sello del Registrador Civil Municipal/Auxiliar



\*\*\*  
INSTITUTO NACIONAL DE  
ESTADÍSTICA  
INE




### CONSTANCIA DE DEFUNCION

No. 117776

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

<b>1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION</b>		<b>2.5 Sitio donde murió:</b>									
1.1 Nombre y apellido completo del médico: <u>Belky Xromon Gonzalez Ramirez</u>		Establecimiento de Salud... <u>(1)</u> Casa....2 Otro....3									
1.2 N° de colegiación del médico: <u>16446</u>		2.6 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:									
<b>2. DATOS DEL FALLECIDO</b>		Departamento: <u>Intibucá</u>									
2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: <u>Jose Julio Arriaga Rodriguez</u>		Municipio: <u>Intibucá</u>									
2.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad... <u>(1)</u> Pasaporte.....2 Otro.....3		Ciudad o aldea: _____									
Número: <u>1010195900255</u>		Barrio, colonia o caserío: <u>B- El man</u>									
2.3 Sexo: Hombre... <u>(1)</u> Mujer.....2		2.7 Causa básica de la muerte <u>Fallo Multiorganico</u>									
2.4 Fecha y hora del fallecimiento:		<b>3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION</b>									
a.m....1 p.m.... <u>(2)</u>		<table border="1"> <tr> <td><u>28</u></td> <td><u>06</u></td> <td><u>20</u></td> <td><u>21</u></td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td></td> </tr> </table>		<u>28</u>	<u>06</u>	<u>20</u>	<u>21</u>	Día	Mes	Año	
<u>28</u>	<u>06</u>	<u>20</u>	<u>21</u>								
Día	Mes	Año									
<table border="1"> <tr> <td><u>28</u></td> <td><u>06</u></td> <td><u>20</u></td> <td><u>21</u></td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> <td>Minutos</td> </tr> </table>		<u>28</u>	<u>06</u>	<u>20</u>	<u>21</u>	Día	Mes	Año	Minutos		
<u>28</u>	<u>06</u>	<u>20</u>	<u>21</u>								
Día	Mes	Año	Minutos								

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

### INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

No. 117776

<b>1. DATOS DEL FALLECIDO</b>			
1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: <u>Jose Julio Arriaga Rodriguez</u>		Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido	
1.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad... <u>(1)</u> Pasaporte.....2 Otro.....3 Número <u>1010-1959-00255</u>		1.7 Nacionalidad: Hondureña.....1 Extranjera.....2	
1.3 Domicilio habitual o permanente: Departamento: <u>Intibucá</u> Municipio: <u>Yamoroquillo</u> Aldea o ciudad: <u>Oloas</u> Barrio, colonia o caserío: <u>Oloas</u>		1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía: Garífuna.....1 Miskito.....5 Otro.....9 Negro inglés....2 Lenca.....6 Ninguno.....10 Tolupán.....3 Tawahka.....7 No sabe/No resp.....11 Pech (Paya)....4 Chorti.....8	
1.4 Sexo: Hombre.....1 Mujer.....2		1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí.....1 No.....2	
1.5 Fecha de nacimiento: <u>10/12/1959</u>		1.10 Estudios realizados: Ninguno.....1 Incompleta Completa Primaria.....2 .....1 .....2 Secundaria.....3 .....1 .....2 Superior.....4 .....1 .....2	
1.6 Edad al fallecer, si era: Menor de un día: [ ] Horas Menor de un mes: [ ] Días Menor de un año: [ ] Meses De un año o mayor: <u>61</u> Años Se ignora [ ] 9		1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)	



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente Josue Ariel Arriaga Manueles ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 20 21 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.

N° 614234

Yamaranguila - 02-7/2021

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-21



Firma y Sello del Alcalde

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

JOSUE ARIEL / ARRIAGA MANUELES



HONDUREÑO POR NACIMIENTO  
NACIO EL 25 FEBRERO 1999  
SEXO: MASCULINO  
EMITIDA EL 19 SEPTIEMBRE 2017

1016-1999-00153



16478048-01

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular podrá prestar a una persona de la referencia de su Tarjeta de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR RNP



SOLICITADA EN 1016

JOSUE ARIEL / ARRIAGA MANUELES  
1016-1999-00153


**REPUBLICA DE HONDURAS**  
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
**TARJETA DE IDENTIDAD**  
 JOSE JULIO / ARRIAGA RODRIGUEZ


 HONDUREÑO POR NACIMIENTO  
 NACIO EL 10 DICIEMBRE 1959  
 SEXO: MASCULINO  
 EMITIDA EL 21 SEPTIEMBRE 1997

1016-1959-00255
 
 02483299-01

**ARTICULO 104 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS:** Ninguna autoridad o persona particular podrá privar de la tenencia de la Tarjeta de Identidad a otra persona, sino en virtud de Ley o sentencia fundada en Ley. La infracción de este artículo dará lugar a la sanción correspondiente.


 DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1001  
**JOSE JULIO / ARRIAGA RODRIGUEZ**  
**1016-1959-00255**



## SOLICITUD

El Membrillo, Yamaranguila 17 /06/2021

Para: Alcalde Municipal de Yamaranguila

Reciba una cordial salud que Dios le derrame muchas bendiciones en sus labores.

Por medio de la presente me dirigí a usted para solicitar un ataúd para mi padre Ildfonso Mejía el cual falleció 17 de junio del 2021 en la comunidad del Menbrillo .

Espero una respuesta positiva a nuestra solicitud.

Concedores de su espíritu de colaboración estaré muy agradecido.

DIOS LE BENDIGA

Atentamente:

Consuelo Mejía Pérez

**Consuelo Mejía Pérez**

**1016-1994-00099**

Renacer

₡. 4,000.00



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Consuelo Mejía Pérez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 20 21 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.

N° 614284

Yamaranguila 06/07/2021

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2021



[Firma]  
Firma y Sello del Alcalde

**REPÚBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

CONSUELO / MEJIA PEREZ



HONDUREÑA POR : NACIMIENTO  
NACIÓ EL : 20 NOVIEMBRE 1993  
SEXO : FEMENINO  
EMITIDA EL : 12 MARZO 2019

1016-1994-00099



13888019-02

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular, podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1001

CONSUELO / MEJIA PEREZ  
1016-1994-00099



REPÚBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN No. 1016-1994-00099

IDENTIDAD DEL FALLECIDO 1 0 1 6 - 1 9 4 9 - 0 0 0 2 1 9

EN YAMARANGUILA Municipio DEPARTAMENTO DE INTIBUCA EL DIA LUNES CINCO  
DEL DOS MIL VEINTIUNO ANTE MI EDELMAN GOMEZ MANUELES  
MAYOR DE LA DEFUNCIÓN DEPARTAMENTO DE INTIBUCA EL DIA LUNES CINCO  
MAYOR DE LA DEFUNCIÓN DEPARTAMENTO DE INTIBUCA EL DIA LUNES CINCO

SE INSCRIBIO LA SIGUIENTE DEFUNCIÓN; DATOS DEL FALLECIDO

EDAD Mayor de 1 año : Años 72 Menor de 1 Mes : Dias - - - - -  
Menor de 1 año : Meses - - - - - Menor de 1 día : Horas - - - - -

NACIONALIDAD HONDUREÑA LUGAR DE DEFUNCIÓN YAMARANGUILA HONDURAS  
Municipio Municipio País

HORA DE LA DEFUNCIÓN 09:40 A.M. FECHA DE LA DEFUNCIÓN JUNIO 2021  
Hora Fecha en letras Mes en letras Año

FECHA Y LUGAR DE ENTIERRO LOCAL ALDEA EL MEMBRILLO YAMARANGUILA, INTIBUCA  
Fecha Nombre del Cementerio Ciudad o Aldea Municipio/Departamento

DATOS DEL COMPARECIENTE Nombres CONSUELO MEJIA PEREZ  
Primer Apellido Segundo Apellido Documento de Identidad 1016-1994-00099  
Identidad Nacional

Domicilio INTIBUCA INTIBUCA SAN JOSE HIJA  
Departamento Municipio Bo. Col. Aldea Caserio

DATOS DE LOS TESTIGOS Documento de Identidad Nacionalidad  
Documento de Identidad Nacionalidad

Primer Testigo Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Documento de Identidad Nacionalidad  
Segundo Testigo Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Documento de Identidad Nacionalidad

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN INSCRIPCIÓN BASADA EN CONSTANCIA EMITIDA POR

ENFERMEDAD Nombres y Apellidos de la persona que constató la defunción  
Colegiado con el Número

ENMIENDAS Y OBSERVACIONES NINGUNA.

PADRE PADRE

Nombres y Apellidos Nacionalidad

Municipio/Departamento de Domicilio Profesión u Oficio

GERARDA MEJIA HONDUREÑA  
MADRE

SE IGNORA, SE IGNORA Profesión u Oficio  
Municipio/Departamento de Domicilio

Resolución x Omisión  Muerte Presunta

Número Fecha Resolución Sentencia

Oficial Civil Departamental/Seccional Juzgado

Departamento/Municipio

Nombre del Juzgado

Fecha de Recepción

FIRMA O HUELLA DACTILAR

Consueelo Mejia Perez  
Firma del Compareciente

Firma

Edelemn Gomez M.  
Nombres y Apellidos del Escribiente  
Responsable de la Inscripción

FIRMA DE TESTIGOS

Primer Testigo

Segundo Testigo

Firma y Sello del Registrador Civil Municipal/Auxiliar

Solicitud  
El Barreal Yamaranguila  
Fecha 31/05/2021

Señor alcalde municipal y toda su corporación  
reciban un atento y cordial saludo diciéndoles  
existos en sus labores que a diario realizan  
por el bien de nuestro municipio y con este  
corto saludo paso a lo siguiente:

Es para solicitarle su apoyo en estos casos  
difíciles que estoy pasando con mi compañera  
de Hogar ya que ella falleció y por eso  
me dirijo a usted para que me ayude con el  
ataúd porque no tengo recursos económicos  
para poder comprarla en estos momentos  
difíciles. Muchas gracias señor Alcalde  
por su apoyo que nos brinda en estos  
momentos difíciles.

Y para constar Firma: Celio Gomes Mejia  
Solicitante

Vicente  
Firma presidente de patronato



f. 4.500.00  
Fundación

**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**RNP**

**CELEO / GOMEZ MEJIA**



HONDURENO POR NACIMIENTO  
NACIO EL 13 SEPTIEMBRE 1990  
SEYO MASCULINO  
EMITIDA EL 14 OCTUBRE 2019

**1016-1990-00491**



12590244-01

ARTICULO 91 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna Autoridad o persona particular podrá privar a una persona de la tenencia de su Tarjeta de Identidad. ... La infracción de la disposición de este artículo dará lugar a la sanción penal correspondiente.



DIRECTOR RNP



SOLICITADA EN 1016

**CELEO / GOMEZ MEJIA**  
**1016-1990-00491**



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Celeo Gomez Mejia

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2021 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:

N° 613885

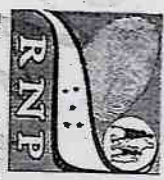
Yamaranguila 02/06/2021

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2021



[Handwritten Signature]  
Firma y Sello del Alcalde



REPÚBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

INSCRIPCIÓN DE DEFUNCION No. 1 0 1 6 - 2 0 2 1 - 0 0 0 6 1

IDENTIDAD DEL FALLECIDO 1 0 1 6 - 1 9 8 2 - 0 0 6 0 2

EN YAMARANGUILA INTIBUCA EL DIA MIÉRCOLES DOS  
DE JUNIO DEL DOS MIL VEINTIUNO ANTE MI EDELMIR GOMEZ MANUEL ES  
Mesa Nombre y Apellido del Registrador Civil

PADRES DEL FALLECIDO  
PADRE  
Nombres y Apellidos Nacionalidad  
Municipio/Depto de Domicilio Profesión u Oficio  
FACUNDA GARCIA HONDUREÑA MADRE  
Nombres y Apellidos Nacionalidad  
YAMARANGUILA, INTIBUCA AMA DE CASA  
Municipio/Depto de Domicilio Profesión u Oficio

SE INSCRIBIO LA SIGUIENTE DEFUNCION: DATOS DEL FALLECIDO  
VICTORINA GARCIA  
Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Sexo  
DOMICILIO INTIBUCA YAMARANGUILA EL BARREAL  
Departamento Municipio Ba. Col. Aldea Caserío

Resolución x Omisión  Muerta Presunta

EDAD Mayor de 1 año : Años 38 Menor de 1 Mes : Días  
Menor de 1 año : Meses Menor de 1 día : Horas  
NACIONALIDAD HONDUREÑA LUGAR DE DEFUNCION HONDURAS  
YAMARANGUILA YAMARANGUILA  
Municipio Municipio País  
HORA DE LA DEFUNCION 01:00 A.M. FECHA DE LA DEFUNCION TREINTA Y UNO  
MAYO 2021  
Fecha en letras Mes en letras Año

Fecha de Recepción  
FIRMA O HUELLA DACTILAR  
Nombre del Juzgado  
Número Fecha Resolución  
Oficial Civil (Departamental/Seccional) Sentencia  
Juzgado  
Departamento/Municipio

FECHA Y LUGAR DE ENTIERRO 01/06/2021 LOCAL ALDEA EL MEMBRILLO  
Fecha Ciudad o Aldea Municipio/Departamento

1  
Firma del Compareciente  
Celia Gomas Arevalo

DATOS DEL COMPARECIENTE  
CELEO GOMEZ MEJIA Documento de Identidad 1016-1990-00491 Nacionalidad HONDUREÑA  
Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Identidad Nacional  
Domicilio INTIBUCA YAMARANGUILA EL BARREAL  
Departamento Municipio Ba. Col. Aldea Caserío

2  
Firma de Testigos

DATOS DE LOS TESTIGOS  
Primer Testigo Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Documento de Identidad Nacionalidad  
Segundo Testigo Nombres Primer Apellido Segundo Apellido Documento de Identidad Nacionalidad

3  
FIRMA DE TESTIGOS  
Nombres y Apellidos del Escribiente Responsable de la Inscripción  
Edmundo Gomez M.  
Primer Testigo  
Segundo Testigo

CAUSAS DE LA DEFUNCION ENFERMEDAD  
EXPLIQUE : ASMA BRONQUIAL  
Nombres y Apellidos de la persona que constató la defunción  
Colgado con el Numero

ENMIENDAS Y OBSERVACIONES  
NINGUNA.  
Firma y Sello del Registrador Civil  
Municipal/Auxiliar



# Solicitud

Los Mangos Semane yamaranguila  
03/07/2021

Para: Alcaldesa Municipal  
Sra: PROF: Sara Garúa  
Su Oficina: Alcaldía Municipal

Resiba un respetuoso Saludo que Dios Todo Poderoso  
les colme de mucha sabiduría para dirigir los destinos  
de nuestro municipio de yamaranguila y toda la  
Corporación municipal

El motivo de la presente es para solicitarle  
nos ayude en un Ataud para depositar los restos  
funerarios de mi madre ya que ella falleció,  
a causas de un infarto, y no contamos con los  
recursos económicos para comprarlo,  
por esa razón acudimos a usted.  
de ante mano le agradecemos por una buena  
respuesta. "ella se llamaba Paulina Lorenzo  
atentamente

Glenda Sugapa Lorenzo  
Id 1016-1988-00565

~~Glenda Sugapa Lorenzo~~

\$. 4.000.00

Renacer.



CONSTANCIA DE DEFUNCION

No.117617

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

<b>DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION</b>	
1.1 Nombre y apellido completo del médico: <u>Juan Carlos Vasquez</u>	2.5 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud...1 Casa... <b>(2)</b> Otro...3
1.2 N° de colegiación del médico: <u>5694</u>	2.6 Lugar donde ocurrió el fallecimiento: Departamento: <u>Intibucá</u> Municipio: <u>Yamamogil</u> Ciudad o aldea: <u>Semane</u> Barrio, colonia o caserío: <u>San Marcos</u>
<b>2. DATOS DEL FALLECIDO</b>	
2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: <u>Paulina Lorenzo</u>	2.7 Causa básica de la muerte: <u>Infarto Agudo de Miocardio</u>
2.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad...1 Pasaporte...2 Otro...3 Número: <u>1016 1962 00263</u>	3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION
2.3 Sexo: Hombre...1 Mujer... <b>(2)</b>	03 07 2021 07 45 Día Mes Año Hora Minutos
2.4 Fecha y hora del fallecimiento: a.m... <b>(1)</b> p.m...2	03 07 2021 Día Mes Año

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

No.117617

<b>1. DATOS DEL FALLECIDO</b>	
1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: <u>Paulina</u> <u>Lorenzo</u> Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido	1.7 Nacionalidad: Hondureña...1 Extranjera...2
1.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad... <b>(1)</b> Pasaporte...2 Otro...3 Número <u>1016-1962-00263</u>	1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía: Garífuna...1 Miskito...5 Otro...9 Negro inglés...2 Lenca... <b>(6)</b> Ninguno...10 Tolupán...3 Tawahka...7 No sabe/No resp...11 Pech (Paya)...4 Chorti...8
1.3 Domicilio habitual o permanente: Departamento: <u>Intibucá</u> Municipio: <u>Yamamogil</u> Aldea o ciudad: <u>Semane</u> Barrio, colonia o caserío: <u>San Marcos</u>	1.9 ¿Sabía leer y escribir? Si...1 No...2
1.4 Sexo: Hombre...1 Mujer...2	1.10 Estudios realizados: Ninguno...1 Incompleta...2 Primaria... <b>(2)</b> 1...2 Secundaria...3 1...2 Superior...4 1...2
1.5 Fecha de nacimiento: 20 12 1962 Día Mes Año	1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.) <u>Ama de casa</u>
1.6 Edad al fallecer, si era: Menor de un día: [ ] Horas Menor de un mes: [ ] Días Menor de un año: [ ] Meses De un año o mayor: <u>58</u> Años Se ignora [ ] 9	

<b>2. CAUSA DE LA DEFUNCION</b> (anote una sola causa en cada renglón)		Tempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte	Código de causa
Parte I	Estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Infarto Agudo de Miocardio</u>		
	Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica b) <u>Miocardio patológico crónico</u>	2-3 mes	
	c) <u>Arritmia Cardíaca</u>	2-3 mes	
	d) <u>Bloqueo completo de rama izquierda</u>	2-3 mes	
Parte II	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo: <u>Arterioesclerosis</u>		

SIGUE AL DORSO

Renacev

## SOLICITUD

PARA: ALCALDESA MUNICIPAL LIC. SARA DOMINGA GARCIA

DE: TIBURCIO LEONARDO MANUELES

DESEANDOLE MUCHOS EXITOS EN SUS LABORES DIARIOS QUE REALIZA  
DESPUES DEL CORTO SALUDO ES PARA MANIFESTARLE LO SIGUIENTE,  
EN VISTA QUE LA SEÑORA **BONA ALEJANDRINA MANUELES GOMEZ**  
CON NUMERO DE IDENTIDAD #1016-1957-00089 SU ULTIMO  
DOMICILIO DE LA COMUNIDAD DEL OLOAS, YAMARANGUILA FALLECIO  
EL DIA 29 DE JUNIO DEL PRESENTE AÑO POR TAL MOTIVO ESTOY  
SOLICITANDO SU VALIOSA COLABORACION CON UN **ATAUD** PARA  
LLEVAR A CABO SU SEPULTURA.

DE ANTEMANO LE AGRADEZCO SU VALIOSA COLBAORACION DE PARTE  
DE NUESTRA FAMILIA



TIBURCIO LEONARDO MANUELES

1016-1982-00007

L. 4,000.00



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente  
Tiburcio Leoncardo Manuales B  
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al  
año 2021 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.

N° 614233

Yamaranguila 02/07/2021  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2021



[Handwritten Signature]  
Firma y Sello del Alcalde



**REPUBLICA DE HONDURAS**  
**REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

**BONA ALEJANDRINA / MANUELES GOMEZ**



HONDUREÑA POR NACIMIENTO  
NACIO-EE: 24 ABRIL 1957  
SEXO: FEMENINO  
EMITIDA EL: 22 OCTUBRE 1997

1016-1957-00089



0022421-01

ARTICULO 104 LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS: Ninguna autoridad o persona particular podra privar de la tenencia de la Tarjeta de Identidad a otra persona, sino en virtud de Ley o sentencia fundada en Ley. La infracción de este articulo dara lugar a la sanción correspondiente.

*Dirección - Honduras*  
DIRECTOR R.N.P.



SOLICITADA EN 1016  
BONA ALEJANDRINA / MANUELES GOMEZ  
1016-1957-00089



Registro Nacional  
de las Personas  
Honduras

### CONSTANCIA DE DEFUNCION

No. 117727

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

<b>1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION</b>		<b>2.5 Sitio donde murió:</b>	
1.1 Nombre y apellido completo del médico: Rosal Yezora Pineda Zelaya		Establecimiento de Salud...1 Casa...2 Otro...3	
1.2 N° de colegiación del médico: 17817		<b>2.6 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:</b>	
<b>2. DATOS DEL FALLECIDO</b>		Departamento: Intibucá	
2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: Rosa Alexandrina Manuel Gómez		Municipio: Intibucá	
2.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad...1 Pasaporte...2 Otro...3		Ciudad o aldea:	
Número: 1016195700089		Barrio, colonia o caserío: Bo. El way	
2.3 Sexo: Hombre...1 Mujer...2		<b>2.7 Causa básica de la muerte</b> Falta ventilatoria	
2.4 Fecha y hora del fallecimiento: a.m...1 p.m...2		<b>3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION</b>	
29 06 2021 10 48		29 06 2021	
Día Mes Año Hora Minutos		Día Mes Año	

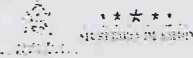
CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

### INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

<b>1. DATOS DEL FALLECIDO</b>			
1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: Rosa Alexandrina Manuel Gómez		Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido	
1.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad...1 Pasaporte...2 Otro...3 Número 1016-1957-00089		1.7 Nacionalidad: Hondureña...1 Extranjera...2	
1.3 Domicilio habitual o permanente: Departamento: Intibucá Municipio: Managua, Intibucá Aldea o ciudad: Oloas. Barrio, colonia o caserío: Bo. Oloas.		1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía: Garífuna...1 Miskito...5 Otro...9 Negro inglés...2 Lenca...6 Ninguno...10 Tolupán...3 Tawahka...7 No sabe/Nc resp...11 Pech (Paya)...4 Chortí...8	
1.4 Sexo: Hombre...1 Mujer...2		1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí...1 No...2	
1.5 Fecha de nacimiento: 29 04 1957 Día Mes Año		1.10 Estudios realizados: Ninguno...1 Incompleta Completa Primaria...2 .....1 .....2 Secundaria...3 .....1 .....2 Superior...4 .....1 .....2	
1.6 Edad al fallecer, si era: Menor de un día: [ ] Horas Menor de un mes: [ ] Días Menor de un año: [ ] Meses De un año o mayor: 64 Años Se ignora [ ] 9		1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.) ama de casa	
<b>2. CAUSA DE LA DEFUNCION</b> (anote una sola causa en cada renglón)			





# HC-16 EPICRISIS

AX-GC-INT-NQ-010 D

1 er APELLIDO <b>Manoel</b>	2do APELLIDO <b>Comiz</b>	NOMBRES <b>Bona Alexandrina</b>	EDAD <b>67</b>	SEXO 1. HOMBRE 2. MUJER <input checked="" type="checkbox"/>	No. HISTORIA CLINICA <b>1016-1957-0008</b>
--------------------------------	------------------------------	------------------------------------	-------------------	---	---

SERVICIO <b>Medicina Interna</b>	SALA <b>COVID-19</b>	CAMA
-------------------------------------	-------------------------	------

INGRESADO POR: <input type="checkbox"/> 1. EMERGENCIA <input type="checkbox"/> 2. CONSULTA	FECHA INGRESO DIA: <b>26</b> MES: <b>06</b> AÑO: <b>2021</b>	FECHA EGRESO DIA <b>29</b> MES: <b>06</b> AÑO: <b>21</b>
--	---	---

DIAGNOSTICO INGRESO: **(1) Caso confirmado COVID-19**  
**(2) Neumonía secundaria** **(3) SDRA - grave.**

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA: Paciente con historia de tos no productiva, fiebre, no agudizada, disnea desde inicio con amite O2 NR: 25 litros, mal estado general. con 13 días internamiento y 19 de enfermedad a pesar de manejo sin mejoría clínica con distres respiratorio leve a severo, desde que con referencias la HPCR para alto flujo. No se logra manejar por falta disponibilidad de ambulancias para traslado. En a.m ya con traslado listo, sin embargo no se pudo con más atención clínica, fallece a pesar de atención dada.

EXAMENES: Gluc: 131 urea 87 PLR: 48 TP: 13 TTP: 46  
 WB: 9.8 Hb: 12.2 Hct: 38.0  
 PL: 244

TRATAMIENTO: Ceftriaxona + Amikacina 16 (3) Oxacodina  
 24/06 Enoxaparina 40, Metilprednisolona, furosemida, IEN, ANOVAL.

DIAGNÓSTICO DE FINALES: **(1) Caso Confirmado COVID-19**  
**(2) Neumonía secundaria (grave bilateral)**  
**(3) SDRA Severo** **(4) falla ventilatoria**

RECOMENDACIONES: Paciente fallece; se prepara cadáver y se entrega a familiares con recomendaciones.

CONDICIONES DE EGRESO: <input checked="" type="checkbox"/> 4	RAZÓN DE EGRESO <input checked="" type="checkbox"/> 5	1. ALTA MÉDICA 2. ALTA EXIGIDA 3. FUGA 4. REFERIDO 5. FALLECIDO	DESTINO DEL ALTA <input checked="" type="checkbox"/> 4	1. A SU CASA 2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD 3. CONSULTA ESPECIALIZADA 4. MORGUE 5. INSTITUCIÓN NO SANITARIA
---	--	---	---	--

FIRMA Y CLAVE DE MÉDICO: **[Firma]**