



AMCC

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CABAÑAS, COPÁN

TRANSFERENCIAS PRIVADAS DE LA MUNICIPALIDAD MES DE FEBRERO 2022

No	NOMBRE	IDENTIDAD	DETALLE	FECHA	VALOR
1	Carmela Martínez Monroy	0404-1982-000274	PAGO DE POR AYUDA SOCIAL A LA SEÑORA CARMELA MARTINEZ MONROY, PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS, UNA COLPOSCOPIA Y UNA BIOPSIA	23/02/2022	800


Karla Manchame
TESORERA MUNICIPAL





Honduras, C.A.

CABAÑAS, COPÁN
EJERCICIO: 2022**Orden de Pago**

Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 23/02/2022

Hora : 02:29 p.m.

USUARIO: KARINA.BARILLAS

Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 13306

L.: 800.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 4185

Fecha de Emisión: 22/2/2022

No.Cheque/Nota de Debito:

Pague a: CARMELA MARTINEZ MONROY

Id/RTN: 0404198200274

La Cantidad en Letras: OCHOCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripción:




POR AYUDA SOCIAL A LA SEÑORA CARMELA MARTINEZ MONROY, PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS, UNA COLPOSCOPIA Y UNA BIOPSIA

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
13 01 000 001 000 54200 15-013-01	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	800.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
15-013-01	Fondos Propios Municipales	800.00
Monto Total:		800.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	800.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	800.00

Firma y Sello de Presupuestario	Firma y Sello de Tesorería
	
	
Firma y Sello de Alcalde (sa)	
Recibido por:	<u>Carmela Martinez Monroy</u>
Identidad No.:	_____

0s+js/j9JmctYpkSAsURQa9VjczJ/pGGgAfx8ukWztQPhKPAtu4IM2/LhR2adVIUA9T9+YeQHw/NSIRwhxQ4QP/9GefAxZdcFj4U5osHh8fe0qDbcymwTV0/m0MInABkU4jKdEjQqIU2azNRBPZ3xCPzH9LTF93dGS68aayLf3A=

MUNICIPALIDAD DE CABANAS COPAN
BARRIO EL CENTRO. CABAÑAS, COPAN
TEL.: 9904-4078

CHEQUE No. 00002314

Cuenta No. 11-102-000535-2

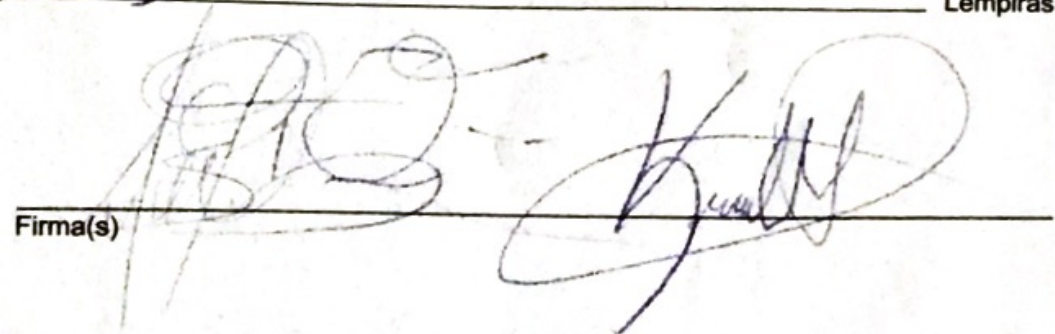
22 febrero 2022 (Cabañas)
Lugar y Fecha

Carmela Martinez Monroy
Páguese a la orden de

L 800

Ochocientos Lempiras Exactos
Cantidad en letras Lempiras

 Banco de Occidente, S.A.


Firma(s)

⑆01201079⑆00111020005352⑆00002314

MOTIVO DEL PAGO		
ORDEN DE PAGO	POR	
MOVIMIENTO CONTABLE		
	DEBE	HABER

RR DONNELLEY DE HONDURAS, S.A. DE C.V.

00314

CABAÑAS

23 de febrero de 2022

CARMELA MARTINEZ MONROY

800.00

OCHOCIENTOS CON CERO CENTAVOS

PAGO DE POR AYUDA SOCIAL A LA SEÑORA CARMELA MARTINEZ MONROY, PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS, UNA COLPOSCOPIA Y UNA BIOPSIA



Inversiones Solidarias S.A. DE C.V.

R.T.N. 04019007083261 E-mail: dlclah@inssa.biz
Tel/Fax: 2662-1413, 2662-5861 www.inssa.biz
Barrio El Calvario, una cuadra abajo del Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras, C. A.

Día	Mes	Año	CONDICIONES DE PAGO	
23	02	2022	Crédito <input type="checkbox"/>	días Contado <input type="checkbox"/> en _____

Cliente: Carmela Martínez Manroy

R.T.N.: 0404-1992-00224

Dirección: M. rasolito

FACTURA 000-006-01-00 001016

Cant.	Descripción	P. / U.	TOTAL
1	Biopsia.		₡1,000.00

RANGO AUTORIZADO 3 T. 2cop. Az. R. DEL 000-006-01-00001001 AL 000-006-01-00001150 E. 19/12/2021

CAI: 3C9D34-19C9A8-D64C9E-3988AE-0D7A3F-74

Fecha Límite de Emisión: 18/12/2022

Fecha de Recepción: 18/12/2021

Gráficos de Occidente R.T.N. 04019004010909

C. N° 9231-21-10600-175 Telefax. 2662-0198

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

No. de Orden de Compra Exenta: _____
 No. de Constancia de Registro de Exonerados: _____
 No. Registro de la SAG: _____

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

Johanna Ortiz
FACTURADO POR

Desc. / Rebajas Otorgados L.	
Importe Exonerado L.	
Importe Exento L.	₡1,000.00
Importe Gravado 15% L.	
Importe Gravado 18% L.	
Sub - Total L.	
15% I. S. V. L.	
18% I. S. V. L.	

TOTAL A PAGAR L. ₡1,000.00

Original Blanco: Cliente; Copia Azul: Obligado Tributario Emisor; Copia Rosada: Archivo

Cant. en Letras: M. I. L. Cientos



MUNICIPALIDAD DE CABANAS COPAN
 BARRIO EL CENTRO CABANAS COPAN
 TEL. 9908-4078

CHEQUE No. 00002314


Cuenta No. 11-102-000535-2

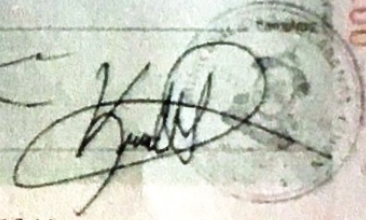
22 febrero 2022 (Cabañas)
 Lugar y Fecha

Pague a la orden de Carmela Martinez Moroy

L 800

Ochocientos Lempiras Exactos
 Cantidad en letras

 Banco de Occidente S.A.



⑆0⑆20⑆079⑆00⑆⑆⑆0⑆20005352⑆00002314⑆

MOTIVO DEL PAGO

ORDEN DE PAGO

POR

MOVIMIENTO CONTABLE

DEBE

HABER

Scanned by TapScanner

Fecha 11 / 2 / 22 Número: ES: Pro Nigro. RED: E1 1990.

REFERENCIA/RESPUESTA A:

ESTABLECIMIENTO:	<u>Policlínica. Uicabi. Panamá</u>
AL SERVICIO DE:	<u>ginecología obstétrica.</u>
DIRECCIÓN:	<u>Santa Rosa de Copon. fte. al parque central.</u>
PARA:	<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/> REHABILITACIÓN

¡IMPORTANTE!

LEA ESTO

ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
INDISPENSABLE PARA SU SALUD

ES IMPORTANTE QUE CUMPLA BIEN LAS
INDICACIONES QUE LE DIERON

PRESENTARSE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
INMEDIATAMENTE O COMO LE INDICARON

Referencia y Respuesta

Referencia
 Respuesta

Primer Apellido: *Molina* Segundo Apellido: *Monroy* Nombre (s): *Carmela* Sexo: H M
 N° de Expediente: *Exp 10 miosol.* N° de Identidad: *0101 1982-00279* Edad: *39*
 Dirección: Colonia *Adel. Miosol.* Ciudad: Municipio *Cobana* Departamento *Capon.* Teléfono *9877 0199*

Correo Electrónico: *no tiene* Acompañante: *Adon Aguilari* Parentesco: *Espuso* Dirección/Teléfono:
 Nombre del Establecimiento que refiere/ responde: Red: *El Total* Institución: SESAL Privado IHS Militar ONG Otros Gestor: Centralizado Descentralizado Establecimiento de Salud que refiere o responde: UASP CIS Policlínico Hospital Especializado:

Motivo del Envío: Diagnóstico: Tratamiento: Seguimiento: Rehabilitación:
 Describe: *Realización de copulaciones + Ovipos.*


Signos y Síntomas Principales: *ya con sangrado vaginal intermitente. disfunción en cuello uterino.*
 Resumen del dato Clínico: *ya con sangrado vaginal intermitente. con vultu uterino, con edema, con desecion
 zona hemática. fuerte, de firmada. un uterino vaginal. PF. ACOS.
 después de turnos por 8/da.*

Signos Vitales: P/A: *90/60* FR: *20* T: *37* Peso: *56.6* Talla: *1.51*
 Datos Gineco Obstétricos: FUM: *no usada* EPP: *-* E: *1* P: *1* C: *0* HV: *1* HM: *0* O: *0* A: *0*
 Cabeza: *normal* ORL: *normal* Ojos: *normal* Cuello: *normal* Tórax: *normal* Abdomen: *normal*

Genitales: *vultu uterino, edema, fuerte, de firmada. seccion zona hemática.*
 Extremidades: *normal* Urológicos: *normal*

Riesgos Evaluación de
 Resultado de Exámenes complementarios: *ninguno* Con Riesgo
 Sin Riesgo
 Impresión Diagnóstica: *DIC enf. uterina vultu uterino. 2 Cuant. micoplasma.*

Recomendaciones / Observaciones: *ya inicio tratamiento con antibiomas después.*

Referido/ Responde a: UAPS CIS Policlínico Hospital, especifique:
 Nombre del Establecimiento al que se refiere o Responde: *UASP Cobana* Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta: Día: *11* Mes: *2* Año: *22* Hora: *12:00*
 Se contactó al Establecimiento al que de remitirá o responderá: Sí No, Especifique:
 Referencia/Respuesta elaborado por: Medico General Medico Especialista Enfermera Auxiliar de Enfermería
 Nombre, firma y sello que elabora la Referencia/ Respuesta: *Johanna* 

Cita al Servicio de: Día: Mes: Año: Hora: Fecha y hora de recepción de la referencia o respuesta: Día: Mes: Año: Hora: