



REPUBLICA DE HONDURAS
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



NOTA ACLARATORIA

Para : Alcalde Municipal Rumualdo Bejarano Rodríguez

Asistente de Alcalde Dina Maribel Mejía en cargada de caja chica.

Por medio de la presente nota justificamos que no se presenta recibo del teléfono fijo de Hondutel ya que la oficina de Hondutel en la Esperanza Intibucá se encuentra tomada.

Se cancelo los meses de agosto y septiembre 2022 un monto de L 619.76 para que la línea no este bloqueada ya que dicho teléfono fijo se utiliza para llamadas o consultas de ciudadanos.



Sin otro particular


Karla Patricia Rodríguez Sánchez
Tesorera municipal



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

Email: intibucayamaranguila@municipalidad.info

Mi Existencia Depende de Cuánto Yo Proteja Los Recursos Naturales

b **Banco de Occidente. S.A.**
(Apoyando al Pequeño de Hoy, Hacemos el Grande del Mañana)
 301 SUCURSAL LA ESPERANZA
 Cajero: 04148/NAHUNOG 12:46:18
 Fecha Proc: 27/09/2022 Fecha actual: 27/09/2022
 COMPROBANTE DE PAGO HONDUTEL
 Número de Servicio.: 27838080
 Tipo de Servicio....: 1
 Nombre del abonado.: ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTIB
 Fecha de la factura: 202208
 Derecho de Línea...: 175.00
 Consumo llamada loc: 0.00
 Larga distancia Nac: 94.50
 Larga distancia Int: 0.00
 Cargos adicionales.: 0.00
 Servic domestic 800: 0.00
 Valor del mes.....: 269.50
 (+)Impuesto del mes: 40.43
 (-)Descuento de mes: 0.00
 (-)Créditos del mes: 0.00
 (-)Impuest del Créd: 0.00
 Total Neto del mes.: 309.93
 Saldo anterior mes.: 269.42
 Impuesto saldo ant.: 40.41
 VALOR PAGADO.....: L 619.76
 VALOR RECIBIDO.....: L 619.76
 ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO

21420. Telefonía Fija.

Telefonia Fija. Alcaldia Municipal
 de Yamaranguilla - TL= 273-80-80.





AUTO REPUESTOS LA ESPERANZA 2

Factura

03

R.T.N. 08011974060540
Bo. El Centro, La Esp, Intibuc
Tel. 2783-0983

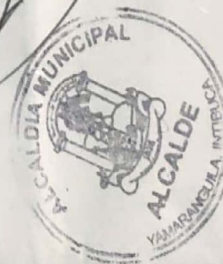
CAI: C2FC05-FAB587-B24C91-C097F7-A2705E-28
No. Factura: 001-001-01-01530712

Cuenta #: 0000436
Nombre:
Pagina:
Fecha: 13/10/2022
Cajero/Caja: YOLANDA
Transaccion #:

1 of 1
09:49:32 a.m.
1
670735

Para: MUNICIPALIDAD YAMARANGUILA

Vend.	Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	Desc.	Total
123_WA	023968467265	ACEITE 1/4 20W50 CHEVRON	1	L. 121.00	L. 0.00	L. 121.00



23 200. Mantenimiento y Reparación de equipo y Medio de transporte.

Mantenimiento cambio de aceite.
Nissan. Municipal.

CIENTO VEINTIUNO LEMPIRAS
ARLE Rango Autorizado: 01500201 A 01600200
Fecha Vence Rango: 16-03-2023
Efectivo Lempira Recibido
Cambio
RECLAMOS SOLO CON FACTURA

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO
Numero de Orden de Compra Exenta:
Numero de Constancia de Exonerado: 0
Numero de Registro SAG: 0

Importe Exento	0.00
Importe Exonerado	L. 0.00
Importe ISV 15%	105.22
Importe ISV 18%	L. 0.00
Impuesto 15%:	L. 15.78
Impuesto 18%:	0.00
Total Impuestos:	L. 15.78
Descuentos y Rebajas Otorgadas:	L. 0.00
Total:	L. 121.00

DIOS LE BENDIGA !
Original: Cliente
infocontabilidad@gmail.com

Copia: Archivo



CAMISETAS, CAMISAS T/POLO, GABACHAS,
CHUMPAS, DELANTALES, BUSOS, GORRAS Y MAS...
TODO CON SU LOGO BORDADO O CON SERIGRAFIA

CONFECCION, SERIGRAFIA Y BORDADO

Bo. El Way, frente al portón

principal U.P.N. Intibucá, Intibucá, Honduras C.A

Tel.: 2783-0384

R.T.N. 10061976003041

Email. serimas2009@yahoo.com

Prop.: José Rony Mendoza Mendoza

Contado ☐ Crédito ☐

CAI: 2FB527-C4A5F2-534686-2F39E4-EB7DF5-48

Fecha Límite de Emisión: 27/07/2023

Rango Autorizado:

000-001-01-00006001 al 000-001-01-00006600

Fecha de Recepción: 27/07/2022

FACTURA

000-001-01-00 № 006058

CLIENTE:

RTN

TEL

DIRECCIÓN:

Original: Cliente

Copia: ObligadoTributario Emisor

TOTAL L.

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

IMPORTE EXONERADO L.

IMPORTE EXENTO L.

IMPORTE GRAVADO 15% L.

IMPORTE GRAVADO 18% L.

I.S.V. 15% L.

I.S.V. 18% L.

TOTAL A PAGAR L.

No. Ord. de Compra Exenta

No. Const. de Reg. de Exonerado

No. Reg. de La SAG

No. de carnet Diplomático

Son Lps.: Coatiocientos veinte
exactos.

Firma

Patronato Barrio San Antonio Yamaranguila 16 de Agosto 2022

Para: Corporación Municipal de Yamaranguila

Sr: Alcalde Municipal Ing Romualdo Bejarano

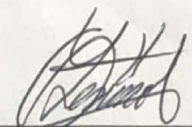
Por medio de la presente le estamos deseando sea de mucha bendición y éxitos en su dedicada función por el bien de nuestro municipio y sus comunidades.

El propósito de esta solicitud es para que nos pueda apoyar con la reposición del sello de patronato ya que se nos dañó debido que; es parte del equipo de trabajo el cual nos acredita al patronato en sus trámites de solicitudes y autorizaciones que nos acredite.

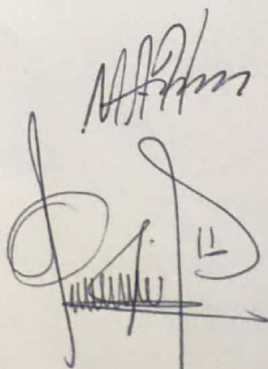
El apoyo a nuestra solicitud quedaremos muy agradecidos

Atentamente Patronato Barrio san Antonio Yamaranguila

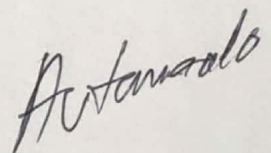

Presidente 
Rolando Arriaga Hernández

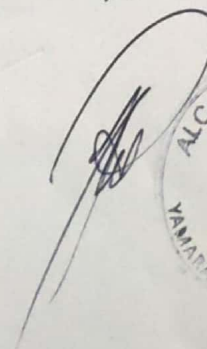
Secretario 
Óscar Elvin Lorenzo

X Edoardo Arriaga B










TL= 99-38-11-94.

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

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente
Rolando Arriaga Hernandez
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 2022 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° 615942

Yamaranguila Intibuca
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2022



Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Rolando Amiago Hernandez

No. Identidad: 1016196800253

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
15	09	1968

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Bz San Antonio

Número Teléfono/ Celular: 99-38-11-94

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS Yamaranguila

Código del Establecimiento de Salud: 16195

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	30	06	21	Pfizer Lote: FC 1436 Vence 10/2021	Lie. Mendez
Segunda dosis	29	Julio	21	Pfizer L: FAG100 V: 11/2021	Lie. Barahona
Refuerzo Otras	23	Diciembre	21	Pfizer Lot: FJ8758 V 2/22	ALE Meza.
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021



CAMISetas, CAMISAS T/POLO, GABACHAS,
CHUMPA, DELANTALES, BUSOS, GORRAS Y MAS...
TODO CON SU LOGO BORDADO O CON SERIGRAFIA

CONFECCION, SERIGRAFIA Y BORDADO

Bo. El Way, frente al portón

principal U.P.N. Intibucá, Intibucá, Honduras C.A

CAI: 2FB527-C4A5F2-534686-2F39E4-EB7DF5-48

Fecha Límite de Emisión: 27/07/2023

Rango Autorizado:

000-001-01-00006001 al 000-001-01-00006600

Fecha de Recepción: 27/07/2022

Tel.: 2783-0384

R.T.N. 10061976003041

Email. serimas2009@yahoo.com

Prop.: José Rony Mendoza Mendoza

Contado ☐ Crédito ☐

FACTURA

000-001-01-00 № 006060

DIA 17 MES Octubre AÑO 2022

CLIENTE: Municipalidad de Yamaranguila

RTN 1016 9003 4299 66

TEL

DIRECCIÓN: Yamoranguilo, Antioquia

Original: Cliente
Copia: Obligado Tributario Emisor

TOTAL L.

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

IMPORTE EXONERADO L.

IMPORTE EXENTO L.

IMPORTE GRAVADO 15% L.

365.72

IMPORTE GRAVADO 18% L.

L.S.V. 15% L

54.78

I.S.V. 18% L

TOTAL A PAGAR L.

470-05

No. Ord. de Compra Exenta

No. Const. de Reg. de Exonerado

No. Reg. de La SAG

No. de carnet Diplomático

Son Lps.: cuatrocientos veinte
exactos.

Firma

Escaneado con CamScanner

Solicitud

9

El Picocho 26 de agosto del año 2022
Nosotros los miembros de Patronato le estamos
Saludando. Deseándole exitos a usted Señor alcalde
municipal. en funciones o usted encomendada.

El objetivo de la Presente es Para Solicitarle a
Usted Por su digno medio nos Pueda ayudar con
un nuevo Sello del Patronato. Ya que el actual
esta deteriorado. Por el tiempo de poseerlo.

Esperamos Señor alcalde nos Pueda ayudar
con nuestra Petición. Y para Constancia firmamos

Grebil Sorto Garcia
Presidente Patronato



Evan Alberto Mameola

Presidente. de Mesa Ciudadana.

Aprobado:





CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

Gretil Gorto Gortio

N° 619019

Lugar y Fecha

NOMRE / FORENAME

GREBIL

APELLIDO / SURNAME

SORTO GARCIA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH

26-02-1990

NACIONALIDAD / NATIONALITY

HND

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH

HONDURAS

Credil Santo
Barilo

VALIDO HASTA:

31-12-2022



Firma y Sello del Alcalde



RNP

DOMICILIO / ADDRESS
YAMARANGUILA
INTIBUCA



3400000001602649



COMISIONADOS PROPIETARIO

I<HND0014844441<<<<<<<<<<<<<
9002269M3102260HND<<<<<<<<<<<<6
SORTO<GARCIA<<GREBIL<<<<<<<<<<

Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	7	Sep	21	Astaraemco L: 210160 V: Nov/2021	
Segunda dosis	15	Nov	2022	Pfizer. Lot: FT: 8471 V: 08/22	
Otras	07	Junio	2022	Pfizer Lot: FT 7737 V: 09/22	
Otras	11	Octubre	2022		
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

31

Nombre: Greberl Sarto Garcia

No. Identidad: 1317199000047

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
26	02	1990

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: Agricultor

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Picacho yamoranguila.

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: ZRR Picacho

Código del Establecimiento de Salud: 013593

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



85

Escaneado con CamScanner

N°

Por Lps. 1,000.

Recibí de: Caja Chica.
 La cantidad de: 100 Lempiras exactos. Lempiras
 Por concepto de: Apoyo a Educación, a Belinda Yesenia.
Maneles perez y Maria paulina Maneles perez de la
Comunidad. Semare su madre. Tomasa perez.
TL: 99-77-92-07

Saldo Anterior Lps.	1,000.	00
Abono Lps.	—	—
Saldo Actual Lps.	1,000.	00

17 de 10 de 2022.

Tomasa perez

1016-1966-00395 Firma

54110. Ayuda Social a Personas (Tranferencia de Capital).

Solicitud

Semanuc Yamaranguila, fecha 13/10/2022
de parte de Tomasa Peres y
familia. Le estamos Asiendole un cariñoso
saludo Ha usted señor Alcalde como
es Rumita y a su corporacion Municipal.
que Nuestro señor Jesucristo les derrame
Ricas y Abundantes bendiciones en sus
Labores diarias.

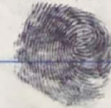
Son Nuestros mejores deseos.
después de este corto saludo paso a lo
siguiente. Es para solicitarle que si me
Apoya con la cantidad de cinco mil Lempiras
ya que soy una madre sola y tengo tres
hijas estudiando dos en el colegio y una
en preparatoria ya que se me graduan este año
y me piden trajes nuevos alas del colegio pagar
diplomas y tambien con la de preparatoria
y no cuento con recurso economico por eso
le solicito con suma Necesidad. Rumita
Espero una Respuesta muy positivamente
dios les Bendiga

y para constancia Firmo con Numero de
identidad. 10.16.1966.00.395. Tomasa Peres

Firma



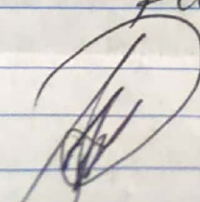
Sánchez López



Atestado

Subdío L 7000
Educación

TL= 99-77-92-07.



06

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

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Tomasa Perez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2022 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°621849

Yamaranguila, 14/10/2022

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-20



Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Tomas Perez

No. Identidad: 1016196600395

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
<u>2</u>	<u>01</u>	<u>66</u>

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Semane

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: CLS Yamaranguila

Código del Establecimiento de Salud: 1019

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	<u>18</u>	<u>08</u>	<u>21</u>	<u>AZVACNECA</u> <u>J=99688</u>	<u>Lic. Sonia</u>
Segunda dosis	<u>01</u>	<u>07</u>	<u>2022</u>	<u>Pfizer</u> <u>lote: FR9681 v. 09/22</u>	<u>Alfonso</u> <u>Hernandez</u>
Otras	<u>29</u>	<u>Septiembre</u>	<u>2022</u>	<u>Cita</u>	<u>CENTRO DE SALUD</u> <u>SEMANE YAMARANGUILA</u>
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Tomas Perez

No. Identidad: 1016196600395

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
2	01	66

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Semane

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: CLS Yamaranguila

Código del Establecimiento de Salud: 1019

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

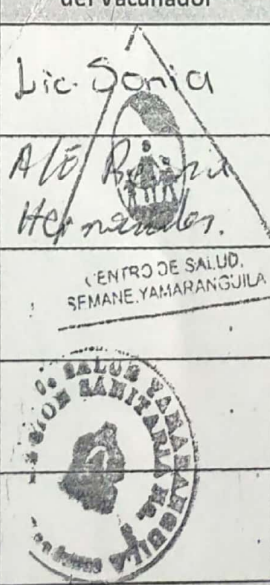


Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	18	08	21	AZVATECA J=99688	Lic. Sonia
Segunda dosis	01	07	2022	Pfizer Lote: FR 9681 v. 09/22	Alfonso Hernández
Otras	29	septiembre	2022	cita	
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021





REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

Nº 48087968

CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO



El infrascrito Registrador Civil Municipal CERTIFICA que en el Archivo de nacimientos que se tiene en esta oficina; se encuentra el acta de nacimiento número: 1 0 1 6 - 2 0 1 6 - 0 0 4 8 0 ubicada en el folio 089 del tomo 00228 del Año 2016 y que pertenece a:

a) MANUELES b) PEREZ
Primer Apellido Segundo Apellido
c) FANY ALEXANDRA SEXO F ☒ M ☐
Nombre

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) INTIBUCÁ b) INTIBUCÁ c) HONDURAS
Municipio Departamento País
d) SIETE e) SEPTIEMBRE f) 2016
Día Mes Año

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

a) ----- b) -----
Primer Apellido Segundo Apellido
c) ----- d) -----
Nombre Nacionalidad

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

N. Identidad: 1016200100204

a) MANUELES b) PEREZ
Primer Apellido Segundo Apellido
c) MARIA ALVINA d) HONDUREÑA
Nombre Nacionalidad

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extenido en YAMARANGUILA INTIBUCÁ
Municipio Departamento

a los: VEINTE días del mes de OCTUBRE

del DOS MIL DIECISEIS

FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL





REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

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

1	0	1	6	-	2	0	0	5	-	0	0	3	5	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 069 del tomo 00143 del Año 2005 y que pertenece a:

a) MANUELES b) PEREZ
Primer Apellido Segundo Apellido
c) BELINDA YESENIA SEXO F ☒ M ☐
Nombre

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) INTIBUCA b) INTIBUCA c) HONDURAS
Municipio Departamento País
d) DOS e) AGOSTO f) 2005
Día Mes Año

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

N. Identidad: 1016-1968-00108

a) MANUELES b) VASQUEZ
Primer Apellido Segundo Apellido
c) JUAN d) HONDUREÑA
Nombre Nacionalidad

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

N. Identidad: 1016-1966-00395

a) PEREZ b) -----
Primer Apellido Segundo Apellido
c) TOMASA d) HONDUREÑA
Nombre Nacionalidad

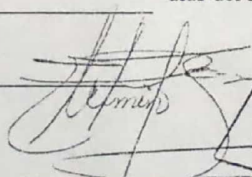
4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en YAMARANGUILA INTIBUCA
Municipio Departamento

a los: CATORCE días del mes de OCTUBRE

del DOS MIL VEINTIDOS


FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL



CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

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

1	0	1	6	-	2	0	0	3	-	0	0	3	3	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 092 del tomo 00130 del Año 2003 y que pertenece a:

a) MANUELES b) PEREZ
Primer Apellido *Segundo Apellido*
c) MARIA PAULINA SEXO F ☒ M ☐
Nombre

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) YAMARANGUILA b) INTIBUCA c) HONDURAS
Municipio *Departamento* *País*
d) VEINTIOCHO e) JUNIO f) 2003
Día *Mes* *Año*

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

N. Identidad: 1016-1968-00108

a) MANUELES b) VASQUEZ
Primer Apellido *Segundo Apellido*
c) JUAN d) HONDUREÑA
Nombre *Nacionalidad*

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

N. Identidad: 1016-1966-00395

a) PEREZ b) -----
Primer Apellido *Segundo Apellido*
c) TOMASA d) HONDUREÑA
Nombre *Nacionalidad*

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en YAMARANGUILA INTIBUCA
Municipio *Departamento*

a los: CATORCE días del mes de OCTUBRE

del DOS MIL VEINTIDOS

[Firma]
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
10 OCT 16
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL
YAMARANGUILA INTIBUCA
HONDURAS C.A.



FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: MARIA PAULINA MANUELES PEPEZ

No. Identidad: 1016200300330

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día 28 Mes 06 Año 2003

Sexo: Hombre ☐

Mujer ☒

Profesión/ocupación: _____

ESTUDIANTE

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: _____

SEMANE

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: _____

UAPS SEMANE

Código del Establecimiento de Salud: _____

11924

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	<u>26</u>	<u>04</u>	<u>2022</u>	<u>PFizer</u> <u>lot: F1-0366.V.8-22</u>	<u>A. Hernandez</u> <u>Hernandez</u> CENTRO DE SALUD SEMANE, YAMARANGUILA
Segunda dosis	<u>26</u>	<u>Mayo</u>	<u>2022</u>	<u>cita</u>	
Otras					
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Belinda Yesenia Manuel Perez

No. Identidad: 1016200500352

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
02	08	05

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Semane

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: VAPS Semane

Código del Establecimiento de Salud: 11924

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	25	11	21	PFIZER Lot= P18753 V= 2-22	NE Hernández
Segunda dosis	10	02	22	PFIZER Lot: FL 3205 V= 6/22	NE Hernández
Otras	11	05	22	PFIZER LOTE FP8134 1/8/22	NE Hernández
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021

Constancia

La suscrita directora del Centro Educ.
Pinares, de la Comunidad de Cofradia
Yumaranguila Intibuca hace constar.

Que las alumnas, Belinda Jesenia Manuel
y Maria Paulina Manuales Hernandez.

Cursan actualmente el noveno grado.
para Constancia se firma la presente.

a los 13 dias del mes de octubre.
del año 2022





CAMIONES Y MOTORES S.A.
Tegucigalpa- División Repuestos

FACTURA
N°. 000-003-01-00161920

Cliente: CXCC103554 - ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTIBUCA- RTN:
1016900342996

RTN: 08019998339163

araudales@camosa.com

Dirección: 1010 YAMARANGUILA
HONDURAS

CATA7A61F-B5D9CC-8D4CA2-F67B14-1779CE-A5

Fecha: 18/10/2022

Hora: 18:27:00

Referencia: 710147172

Fecha Vencimiento: 19/10/2022

Cant.	Artículo	Descripción	Utilizador	Precio Unit.	Sub-Total	Desc. y Rab.	Total
07	R120618	MUELLE DE COMPRESION, TRANSM	194-01	L 119.00	L 119.00	L 0.00	L 119.00
	PLETE	PLETE-ENCOMIENDA DE CLIENTES		L 100.00	L 100.00	L 0.00	L 100.00

CAMOSA EXPRESS
DIVISION DE RENTA
CAMOSA DIVISION RIEGO
ARRIMET INTERNATIONAL

23200 Mantenimiento y Reparación de equipo y medio de transporte.
BOAD CHOICE
ENTREGADO
POR: Luis Monte Ponzak
FECHA: 18/10/2022
BODEGA DE REPUESTOS TGU

WICKEN LADO
BOMAG
Rivulus Irrigación
Allison Transmission
McNeilus
NOGUEIRA

Total en Tegucigalpa: 251.00. Servicio de transporte
Doscientos Cincuenta y Un Lempiras y Ochenta y Cinco Centavos

Asesor: TGU-REP: (AG/ID) DENNIS ORLANDO VENTURA
Condición de Pago: CONTADO

Comentarios: VIA EXPRECO RDC OFICINAS EXPRECO LA ESPERANZA ATN
LUIS GONZALEZ LA ESPERANZA INTIBUCA Basa de Operaciones de Camiones
10205033

Sub Total L 219.00
Desc. y Rab. Otorgados L 0.00
Importe Exonerado L 0.00
Importe Exentor L 0.00
Importe Gravado 15% L 219.00
Importe Gravado 18% L 0.00
I.S.V. 15% L 32.85
I.S.V. 18% L 0.00
Total L 251.85

Num OCE:
Reg Exonerados:
Registro SAG:
Facturas Autorizadas: 000-003-01-00163001- 000-003-01-00163000
Fecha Límite de Facturación: 2/10/2023

TEGUCIGALPA: Blvd. Comunidad Económica Europea, desvío a Col. Pedregal, Comayagüela, P.BX. 2244-8870
SAN PEDRO SULA: Brisas del Polvorín, 33 Calle, contiguo a Bodegas de DHL, Tel.: 2508-0030
CORTÉS: Plaza ENG. Local #68, Puerto Cortés.
JUTICALPA: Barrio Las Acacias, Bta. Ave., 15 Calle, Tel.: 2785-2696
TÓCÒA: Carretera Principal hacia Trujillo, Tel.: 2444-2555
CATACAMAS: Barrio la Mora, Frente a Clínicas San Lucas, Catacamas, Olanchito, Tel.: 2799-2639
LA CEIBA: Carretera a Trujillo Col. Miraflores, Tel.: 2441-2898
YORO: Barrio Cabañas, 1 cuadra al Este de la Gasolinera Dippsa, Yoro, Yoro, Tel.: 2671-3432
CHOLUTECA: Centro Comercial Plaza del Sur, salida a San Marcos de Colón, Choluteca, Choluteca, Tel.: 2782-2958

www.camosa.com
Bianca - Cliente Rosada - Caja Original - Cliente Amarillo - Bodega Azul - Almacén - Contabilidad Copia - Obligado Tributario Emisor
camosa@camosa.com



Banco de Occidente. S.A.

(Apoyando al Pequeño de Hoy, Hacemos el Grande del Mañana)

OFICINA.....: 301 SUCURSAL LA ESPERANZA
TRANSACCION.....: 700 DEPOSITO CUENTA CHEQUES M/N
CAJERO.....: 05356 KENIADB /
FECHA PROCESO.....: 18/10/2022
FECHA ACTUAL.....: 18/10/2022
Hora.....: 15:04:04
N. Documento.....: 53560931
N. Autorizacion.....: 422247
N. Cuenta.....: 11-801-000302-8
Cuentahabiente.....: CAMIONES Y MOTORES, S.A. (CAMOSA)

EFFECTIVO LEM L 251.00*****
CKS. PROPIOS L 0.00*****
CKS. DE OTR L 0.00*****

TOTAL DEPOSITO L 251.00*****

SON:***DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN CON 00/100*****

DEPOSITANTE : LUIS ALBERTO GONZALEZ REYES

Luis Alberto Gonzalez Reyes

FIRMA DEPOSITANTE

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO

1810202215040453560931

Mantenimiento del tractor. Responsable.
Luis Alberto. Gonzalez Reyes.

N°

Por Lps. 7,000.

Recibí de: Caja Ahisca.
La cantidad de: ML Temporas exactas. Lempiras
Por concepto de: Ayuda Social, para compra de alimen-
tacion a la Señora. Arleny Berkalicia Perez. Rodr
guez. N° ID. 1016-2004-00303. TL= 99-44-61-97.
del Banco las Cruces.

Saldo Anterior Lps.	7,000.00
Abono Lps.	— —
Saldo Actual Lps.	7,000.00

21 de: 10 de 20 22

Arleny Berkalicia Perez
Firma 1016-2004-00303

54110. Ayuda Social a Personas. (Transferencia de capital)

Vamaranguela Intibuca

Ingeniero: Rumualdo Bejarano

Alcalde Municipal de Vamaranguela

Su Oficina:

Reciba un cordial y fraternal atento saludo deseandole exitos laborales en sus trabajos diarios que desempeña a nuestro municipio y que Dios le derrame riqueas y abundantes bendiciones hoy y siempre.

Yo Arleny Bertalicia Perez Rodriguez con nro de identidad 1016-2004-00303 me dirijo a usted para solicitarle su valioso apoyo economico para la compra de alimentos para mis 2 hijos de 2 años y 4 meses para mis 2 hijos que soy madre soltera y en estos momentos se me dificulta trabajar. No dudando de su espíritu de generosidad y en espera de una respuesta positiva a mi petición me suscribo.

Arteny Bertalicia Perez R.

7000

Ediedi Almutan



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

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente
Arlemy Bertolicia Perez R

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 2022 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°622300

Yamaranguila 04/07/2022
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2022



[Firma]
Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Arlani Berta Alicia Pérez

No. Identidad: 2016200400303

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
06	10	04

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Las Crucitas

Número Teléfono/ Celular: 9944 6197

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS Yoroanguila

Código del Establecimiento de Salud: 1619

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	19	09	21	Pfizer V-11-2021 Lote 30156	
Segunda dosis	16	11	21	Pfizer L-08758 11/22	
Otras	26	Mayo	202	Pfizer FP 8134	
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021

54110. Ayuda social a personas (Transferencia de capital).

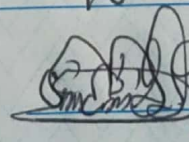
Nº

Por Lps.

Recibí de: Caja Chica.
La cantidad de: Mol. Lempira Exactos. Lempiras
Por concepto de: Apoyo. Salud. a la Señora Clelia.
Elizabet Sanchez Lopez. de la comunidad de
Yashe. TL-95-36-59-81

Saldo Anterior Lps.	<u>1,000.00</u>
Abono Lps.	<u>—</u>
Saldo Actual Lps.	<u>1,000.00</u>

21 de: 10 de 2022

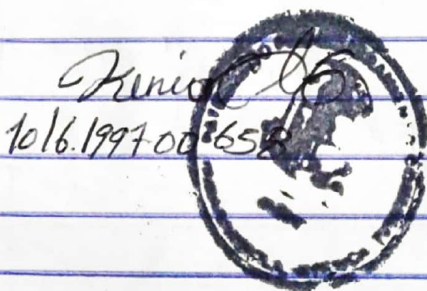

1016, 1995, 00094
Firma

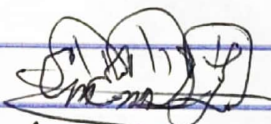
Yashe Yamaranguila 21/01/2022

Para Señor Alcalde Ingeniero Romualdo Rodríguez
Respetándolo y deseándole los mejores éxitos
en sus proyectos a bien de nuestro municipio
El objetivo de la presente es para
Solicitarle su ayuda económicamente ya que
tengo problemas de salud y los medicamentos
que me han recetado son un poco caros,
por lo cual le solicito la cantidad de
3,500 Lempiras ya que me servirán
para compra de medicamentos
Le agradeceré muchísimo por darme
una respuesta favorable a mi solicitud

Atentamente

Celia Elizabeth Sánchez

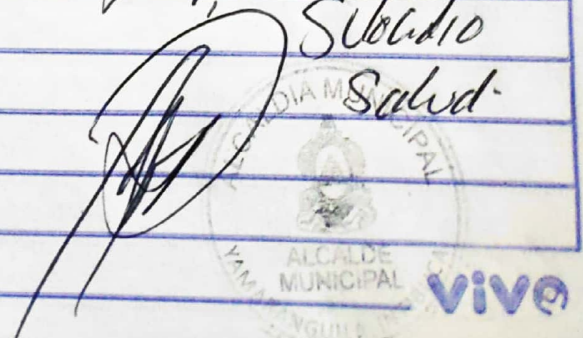



1016,1995,00094

Romualdo

27000

Subido
Salud





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA

TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Celia Elizabeth Sánchez López

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2022 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° 617651

Yamaranguila 11/03/2022

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-2022



Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: ckelia Elizabeth Sanchez

No. Identidad: 1016199500094

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
04	02	1995

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Yashe

Número Teléfono/ Celular: 9536 5986

Nombre del Establecimiento de Salud: CS Yamaranguila

Código del Establecimiento de Salud: 1010

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante / # Lote / Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	22	8	21	Pfizer L: 31045BD V: 11/21	A/E Edna
Segunda dosis	22	October	2021	Pfizer bk= 31045BD V: 12/21	A/E Amaya
Otras	07	04	2022	Pfizer lot: 360308D 9/22	A/E Hernandez
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021

Municipalidad de Yamaranguila

Comprobante de Pago Impuesto Personal

RTN: 10169003429966

No. Recibo: 129786

Fecha Recibo: 11/03/2022

Nombre: Clelia Elizabet Sanchez Lopez

Identidad: 1016199500094

Detalle: Pago Impuesto Personal

Dirección: Yashe

Cuenta	Descripción	Cantidad	Sub Total
11111101	IMPUESTO PERSONAL	1.00	7.50
11212002	MULTA PRESENTACION DE DECLARACIONES JURADAS	4.00	3.00
11212101	RECARGOS POR IMPUESTOS MUNICIPALES	4.00	2.21
11212202	RECUPERACION IMPUESTO PERSONAL	4.00	30.00
11212601	INTERESES POR IMPUESTOS	4.00	13.27
Total:			55.98

Factura(s) que cancela este recibo: Numero Fact. (Mes-Año)

166582(Mayo-2018), 166583(Mayo-2019), 166584(Mayo-2020), 166585(Mayo-2021), 166586(Mayo-2022).

Original: Contribuyente

Copia: Contabilidad

Copia: Tesorería

Firma y Sello Tesorero

Cajero: KRODRIGUEZ

Facturó: AHA/LOCK

**CUERPO MEDICO DE PLANTA
Y CONSULTANTES**

MEDICINA GENERAL
DRA. GLADYS LEZAMA DE LARA
DR. VICTOR MEDINA
DRA. CORIN BUESO
DRA. DAVEIDA SORTO
DRA. JENNIFER J. ALTAMIRANO
DR. JORGE MORGÁ
CIRUGIA GENERAL
DRA. VANESSA RUBI
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DR. CESAR CASTRO
DRA. INDIRA SANTOS
PEDIATRIA
DRA. DINA GARIAS ESCOTO
DR. JAIRO CABALLERO
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
DR. HINMLER MOLINA
CARDIOLOGIA
DR. RONY JIMENEZ
UROLOGIA Y CIRUGIA GENERAL
DR. FELIX CAÑAS
DERMATOLOGIA
DRA. NARDALINA SANDOVAL
NEUROLOGIA
DR. MIGUEL SOLANO
NEUROCIRUGIA
DR. EVER CASTELLANOS
RADIOLOGIA E IMAGENES
DRA. MISHELLE MORALES
MEDICINA FAMILIAR E INTENSIVA
DR. CARLOS LUIS YANES
OFTALMOLOGIA
DR. JUAN JOSE MOLINA
OTORRINOLARINGOLOGIA
DRA. IRIS A. GARCIA
ANATOMIA PATOLOGICA
DR. ALIRIO LOPEZ
ODONTOLOGIA
DRA. KAREN GRADIZ
DRA. NORMA GAMEZ
OPTOMETRIA
LIC. JULIA CERNA DE LOBO

HOSPITAL EVANGELICO

Siguatepeque, Comayagua, Honduras, C.A.

TEL: 2773-0170, 2773-0179, 2773-3023

E-mail: admon@hospitalevangelico.net / www.hospitalevangelico.net

SIGUATEPEQUE, _____ DE _____ DE 2022

NOMBRE: Celia Elizabeth Sanchez Lopez

1. Panto Dant. 40 mg. 1 tab en ayunas.
x 1 mes.
2. Sental compuesto 1 tab q/h.
x 5 dias



Dr. _____

"PORQUE DE TAL MANERA AMO DIOS AL MUNDO, QUE HA DADO A SU HIJO UNIGENITO, PARA QUE TODO AQUEL QUE EN EL CREE NO SE PIERDA, MAS TENGA VIDA ETERNA." SAN JUAN:



Hospital Evangélico Siguatepeque



hospital_evangelico_hn



(504) 9821-3602



Hospital Evangélico Siguatepeque

CUERPO MEDICO DE PLANTA
Y CONSULTANTES

MEDICINA GENERAL
DRA. GLADYS LEZAMA DE LARA
DR. VICTOR MEDINA
DRA. CORIN BUESO
DRA. DAVIDA SOTO
DRA. JENNIFER J. ALTAMIRANO
DR. JORGE MORGÁ
CIRUGIA GENERAL
DRA. VANESSA RUBI
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DR. CESAR CASTRO
DRA. INDIRA SANTOS
PEDIATRIA
DRA. DINA CANIAS ESCOTO
DR. JAIRO CABALLERO
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
DR. HINMLER MOLINA
CARDIOLOGIA
DR. RONY JIMENEZ
UROLOGIA Y CIRUGIA GENERAL
DR. FELIX CANAS
DERMATOLOGIA
DRA. NARDALINA SANDOVAL
NEUROLOGIA
DR. MIGUEL SOLANO
NEUROCIRUGIA
DR. EVER CASTELLANOS
RADIOLOGIA E IMAGENES
DRA. MISHELLE MORALES
MEDICINA FAMILIAR E INTENSIVA
DR. CARLOS LUIS YANES
OF TALMOLOGIA
DR. JUAN JOSE MOLINA
OTORRINOLARINGOLOGIA
DRA. IRIS A. GARCIA
ANATOMIA PATOLOGICA
DR. ALIRIO LOPEZ
ODONTOLOGIA
DRA. KAREN GRADIZ
DRA. NORMA GAMEZ
OPTOMETRIA
LIC. JULIA CERNA DE LOBO

HOSPITAL EVANGELICO

Siguatepeque, Comayagua, Honduras, C.A.

TEL: 2773-0170, 2773-0179, 2773-3023

E-mail: admon@hospitalevangelico.net / www.hospitalevangelico.net

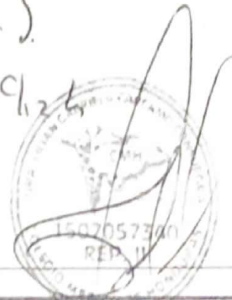
SIGUATEPEQUE, 17 DE Octubre DE 2022

NOMBRE: Celia Elizabeth Sanchez Lopez.

1. Noripregon 75 mg VO q/dia x 1 mes
(Tener 8:00 pm)

2. Generic Phentermin 3 caps VO q/dia
x 1 mes (Tener 10:00 am).

3. Ob en 2 gotas en oido q/dia
x 3 dias 9:00 am
9:00 pm
Dr.



"PORQUE DE TAL MANERA AMO DIOS AL MUNDO, QUE HA DADO A SU HIJO UNIGENITO. PARA QUE TODO AQUEL QUE EN EL CREE NO SE PIERDA, MAS TENGA VIDA ETERNA" SAN JUAN 3:16



Hospital Evangélico Siguatepeque



hospital_evangelico_hn



(504) 9821-3602



Hospital Evangélico Siguatepeque

Nombre: Clelia Elizabeth Sanchez
Fecha: Oct 2022, Próxima cita: _____

R_x 1 Anus, T tratamiento en la
pareja (Dosis Unica)

2. Anti Vaginal aplicación diaria
x 5 días. # 1 caja.

3. Sucrinal 1 sobre antes de
Almorzar y cena. x 10 días
20 sobres

4. Ibuprofeno 600 mg W
c/8h (Después de cada comida).
x 3 días # 10



Firma y sello del médico

R

54200. Tranferencia a Asociaciones Aquiles sin fines de lucro.

Por Lps. 1,000.00.

Recibí de: Caja chica.
La cantidad de: 1001 Lempira Exactos. Lempiras
Por concepto de: Apoyo Salud. al Señor. Estanislao Bautista
de la Comunidad de Yashé, su esposa. Eufemia
Barera. TL= 99-91-46-93

Saldo Anterior Lps.	1,000.	00
Abono Lps.	—	—
Saldo Actual Lps.	1,000.	00

24 de: 10 de 20 22
1016-1971-00099
Eufemia Barera
Firma

Solicitud

20/09/2022

Yashe Yamaranguila.

Estimado Sr. Alcalde Municipal, Ing. Romualdo Bejarano, este momento es grato escribirle deseándole toda clase de éxitos, en su delicada función que desempeña para bienestar de nuestro Municipio y Comunidades en general.

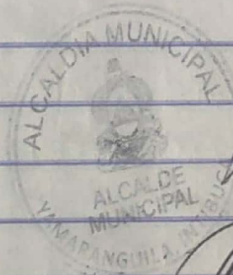
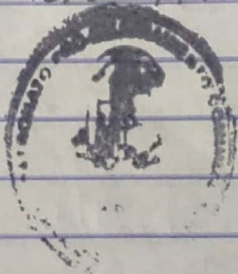
El objetivo de la presente es para solicitarle por su digno medio me pueda ~~facilitar~~ ~~15 plegos de lamina~~ ~~de~~ ~~cin~~ ~~de~~ ~~12 ptez~~, y al mismo tiempo le explico que por tener problema de salud de mi esposo, a causa de la operación el no puede laborar para obtener recursos económicos para lo necesario de la familia. De antemano le agradezco por su debida atención.

Renio AG.

1016-1997-00658.

En Femio Garcia

1016-1991-00099



Atentado.

2 7000.
Subsidio
Salud.

Vivo

12

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE / FORENAME
EUFEMIA

APELLIDO / SURNAME
GARCIA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH
21-03-1971

NACIONALIDAD / NATIONALITY
HND

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER
1016 1971 00099

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY
21-03-2031

Eufemia García

	 3400000001601764
	
DOMICILIO / ADDRESS YAMARANGUILA INTIBUCA	
 COMISIONADOS PROPIETARIOS	

12

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

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente
Eusemicio García
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 20 22 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°621892

Yamaranguila 21/10/2022
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2022




Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Eufemio GARCIA 50

No. Identidad: 1010197100099

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
21	03	1971

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Yashe

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: CS Yamalanguila

Código del Establecimiento de Salud: 1019



"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	01	Agosto	21	Moderna L. 034021A V: 11/21	Lic. Hernández
Segunda dosis	06	Septiembre	2021	Moderna L. 063021A V: 11/21	Lic. Hernández
Otras	17	Marzo	22	Pfizer Lot: FT0366 M/8/22	Lic. Hernández
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

HOMBRE / FORENAME
ESTANISLAO

APELLIDO / SURNAME
BAUTISTA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH
29-10-1967

NACIONALIDAD / NATIONALITY
HND

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER
1016 1967 00332

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY
29-10-2031



RNP

DOMICILIO / ADDRESS
YAMARANGUILA
INTIBUCA

3400000001601756

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0014835517<<<<<<<<<<<<<<<<<<
6710299M3110290HND<<<<<<<<<<<<<<<<<<4
BAUTISTA<<<ESTANISLAO<<<<<<<<<<<<<<<



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Estanislao Bautista

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2022 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°621436

Yamaranguila 21/10/2022

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-2022



[Firma]
Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Estensilao Baulista 53a

No. Identidad: 1016196700332

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
29	10	1967

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Yashc

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: CS Yamarangua

Código del Establecimiento de Salud: 1619



"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ #Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	9	Agosto	21	Moderna L: 034021A V: 11/21	Liz Vender
Segunda dosis	06	Septiembre	2021	Moderna L: 063D21A V: 11/21	4/E Meza
Otras					
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021

TRANSITO DE PACIENTES



HISTORIA: 1016196303

NOMBRE DEL PACIENTE:

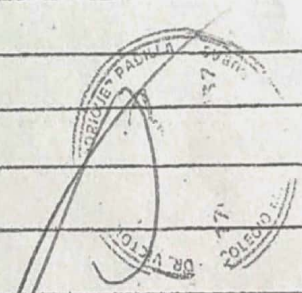
Esteban Babil

DATOS CLINICOS:

hSD quico hemifra ①

DIAGNOSTICO:

IDEM.



FIRMA DEL MEDICO QUE REMITE

23 MES *6*

AÑO *22*

TRANSITO DE PACIENTES



HISTORIA: 1016196303

NOMBRE DEL PACIENTE:

Esteban Babil

DATOS CLINICOS:

hSD quico hemifra ①

DIAGNOSTICO:

IDEM.



FIRMA DEL MEDICO QUE REMITE

23 MES *6*

AÑO *22*

5.52
A/S

Estanislao Bautista

1016-196700335

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:		EDAD	SEXO
<i>Estanislao Bautista</i>		<i>32</i>	☒ M ☐ F
ESTUDIOS ANTERIORES SI NO	SERVICIO SALA <i>EMI</i>	CAMA	FECHA <i>55</i> SOLICITUD <i>02/06/00</i>

DATOS CLINICOS:

pende con hematuria

EXAMEN SOLICITADO:

Pneus X PA de Krx

NOMBRE: MEDICO RESIDENTE O ESPECIALISTA

N° CODIGO FIRMA MED.

SOLICITUD RECIBIDA:

CITADO PARA:

PACIENTE EXAMINADO

INFORME

FECHA Y HORA DEL INFORME

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

RAYOS "X"

SALA:	FECHA DE EGRESO	EGRESO	DESTINO
UCA/Rep.	25-6-22		
DIAGNOSTICO DE INGRESO:			
HSD de amoniacos h. m. l. m. ①			
RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:			
D. de p. de S. en complicación			
EXAMENES:			
Hb, m. g. b. y			
EVOLUCION:			
S. h. l. d. m.			
DIAGNOSTICOS FINALES:			
Infección			
CONDICION DE SALIDA:			
Alta m. l. r.			
OBSERVACIONES:			
CITA DE CONSULTA EXTERNA: M. A. P. r. d. m.			
FIRMA Y CLAVE DEL MEDICO RESIDENTE: E. S. 2-12-11			
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS: Estenillo Bautista		EDAD:	
		54	

HISTORIA CLINICA: 1002196000112

EPICRISIS



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FARMACEUTICOS

FECHA: 23-6-22
PACIENTE: E-ten-ro Bando
EXPED: 121619620032
EDAD: 84.
SEXO: M: ☒ F: ☐
SERVICIO / SALA: NCA. N° CAMA:

Nº 14469768

CONSULTA EXT: ☐
EMERGENCIA DE: MEDICINA INTERNA ☐ CIRUGÍA ☐ PEDIATRÍA ☐
GINECOBSTERICA ☐ ORTOPEDIA ☐ NEUROCIRUGÍA ☒

DIAGNÓSTICO:

aproximada 50mg por día.
x 2 días.

Acetaminofen 1g por día x
5 días.



FIRMA:
ISG IMPRENTA Tel: 9709-6569

N° DE REGISTRO

Solicitud

Municipio de Yumaranguila Departamento de Intibucá

Comunidad: Los patios y amaranguila

Fecha y día: Lunes 11 de Octubre 2022

Se le Saluda muy respetuosamente a usted Señor alcalde y a su familia y todo su equipo de trabajo que laboran cada día y desempeñan un rol de trabajo.

Para: Romualdo Bejerano Rodríguez.

El motivo de hacerle esta Solicitud Señor alcalde es para ayuda de dos latas de Leche NAN para una niña que nació de 7 meses me toca andarla donde el médico por su desarrollo entonces me han recomendado este tipo de leche para darle no cuento con dinero para comprarla bueno yo le compre un tipo de leche que no es para ella es muy débil por eso también la estado con medicamentos en estos meses ya lo terminé.

Gracias su colaboración

Esmeralda Lorenzo

Firma

1016-1999-00616

Nº DNI



STUDIO

Aprobación Leche NAN. 2

54140. Ayuda Social a Personas (Transferencia de Capital)

ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente
Keyla Esmeralda Antonio
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 2022 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° 618863

Yamaranguila 14/03/2022
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2022





Firma y Sello del Alcalde

Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	21	08	21	Pfizer Lote: FF 80212591 vence: 11-21	
Segunda dosis	19	09	21	Pfizer L: 301508A-V: 11-21	
Otras	10	02	2022	Pfizer lote: FL3205 V: 06-22	
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado: enero 2021



República de Honduras

Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Keyla Esmeralda Antonio Lorenzo

No. Identidad: 1016199900616

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
05	12	99

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: Ama de casa

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: El Pericon

Número Teléfono/ Celular: 99738230

Nombre del Establecimiento de Salud: CIS Yamaranguila

Código del Establecimiento de Salud: 1619

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



1A



REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

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

el acta de nacimiento número:

1	0	1	6	-	2	0	1	8	-	0	0	2	8	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 084 del tomo 00237

Número de Identidad

del Año 2018 y que pertenece a:

a) RODRIGUEZ
Primer Apellido

b) ANTONIO
Segundo Apellido

c) YASARI EDITH
Nombre

SEXO F ☒ M ☐

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) INTIBUCA
Municipio

b) INTIBUCA
Departamento

c) HONDURAS
País

d) VEINTISEIS
Día

e) JUNIO
Mes

f) 2018
Año

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

N. Identidad: 1016-1997-00468

a) RODRIGUEZ
Primer Apellido

b) PEREZ
Segundo Apellido

c) GERSON OSWALDO
Nombre

d) HONDUREÑA
Nacionalidad

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

N. Identidad: 1016-1999-00616

a) ANTONIO
Primer Apellido

b) LORENZO
Segundo Apellido

c) KEYLA ESMERALDA
Nombre

d) HONDUREÑA
Nacionalidad

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en YAMARANGUILA
Municipio

INTIBUCA
Departamento

a los: VEINTICINCO

días del mes de

MARZO

del DOS MIL

VEINTIDOS



AYUDA SOCIAL. APOYO EN LECHE PARA LA NIÑA YASARY EDITH RODRIGUEZ
ANTONIO. DE LA COMUNIDAD DE LOS PATIOS.

YAMARANGUILA INTIBUCA.



Nº

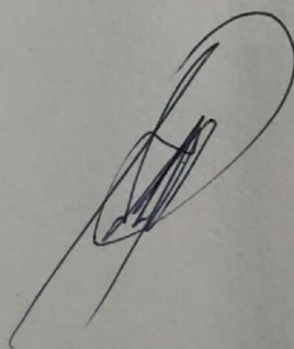
Por Lps. 500.

Recibí de: Caja chica.
La cantidad de: Quinhrento Exactos. Lempiras
Por concepto de: Apoyo Social Salud al Señor. Juan Rodri-
quez Bautista. con discapacidad. Visual. Su hermana.
Facunda Bautista. de la Comunidad del Borrari
TL= 94-89-26-68

Saldo Anterior Lps.	500.	00
Abono Lps.	—	—
Saldo Actual Lps.	500.	00

27 de: 10 de 20 22.

Facunda Bautista. 
1016-1a80-00569. Firma



54200. Transferencia a Asociadores Civiles Sin Fines de Luro.

15

Solicitud

EL Barrial, Yamaranguila. 20 de Octubre 2022.

Para: Rumualdo Bejarano.
Su oficina.

Deseo que el divino creador del universo este bendiciendo su vida y actividades que a Diario realiza.

El motivo de la presente es para solicitarle que por su digno medio nos pueda apoyar con económicamente para transporte para asistir a las citas en centro de salud de Yamaranguila en el área de odontología.

Agradecemos su atención a la presente

Atentamen

Juan Rodríguez Bautista
~~1016-1992-00228~~

Facunda Bautista.
1016-1980-00569.

Presidente Patronato
Bicente Rodríguez



RND REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN



NOMBRE / FORENAME
FACUNDA

APELLIDO / SURNAME
BAUTISTA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH
27-11-1980

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER
1016 1980 00569

NACIONALIDAD / NATIONALITY
HND

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY
27-11-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

VALIDO HASTA: 31-12-2022



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

★★★★★
SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Juan Rodriguez Bautista

No. Identidad: 1016199200228

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
07	04	92

Sexo: Hombre ☒

Mujer ☐

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Barrial

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: UAPS Membrillo

Código del Establecimiento de Salud: 81597



"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN



NOMBRE / FORENAME
JUAN

APELLIDO / SURNAME
RODRIGUEZ BAUTISTA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH **07-04-1992** NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER **1016 1992 00228**

NACIONALIDAD / NATIONALITY **HND** FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY **07-04-2031**

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS



República de Honduras

Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Juan Rodriguez Bautista

No. Identidad: 1016199200228

No. Pasaporte: _____

Día	Mes	Año
07	04	92

Fecha de Nacimiento:

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Barrial

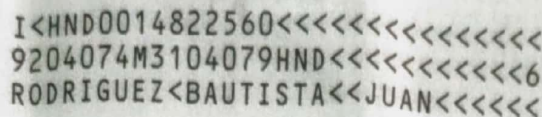
Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: UAPS Membrillo

Código del Establecimiento de Salud: 81597

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"


PAI



Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Escaneado con CamScanner

Constancia Odontologica

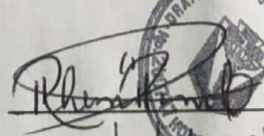
Yamaranguila, Intibuca 20-10-2022



Por medio de la presente se hace constar que:
el paciente: Juan Rodriguez Bautista con No. de Id:
1016-1992-00288 asistió a atención odontológica el
día de hoy 20/10/22, con cita para los días
27/10/22 y el 03/11/22.

El paciente es de escasos recursos económicos y
de condición especial. Por lo que se solicita ayuda
económica para su transporte y que pueda asistir a
sus citas.

Agradeciendo de antemano su apoyo.


Rhinaelisabet Pineda
Odontóloga C.I.S. Yamaranguila

Nº Por Lps.

Recibí de:

Caja Chica.

La cantidad de:

Mil Lempiras Exactos.

Lempiras

Por concepto de:

Apoyo Social Salud a la señora Elvira
Perez Ramos de la Comunidad de Lajas.

Saldo Anterior Lps.	1,000.00	
Abono Lps.	—	—
Saldo Actual Lps.	1,000.00	

28 de 10 de 2022.• Elvira Pérez RamosFirma
1016 1964 00343

54110. Ayuda Social A personas (Gran Fiancia de capital)

21/10/22

Para Señor Alcalde Romaldo Bejarano

Resiva un caloroso saludo, deseando que Dios le de más sabiduría, Entendimiento a usted y su corporación municipal.

El motivo

de la presente es que sabemos que usted es una persona que siempre esta en las necesidades de nosotras las madres solteras y de todo el pueblo. La emergencia que me hace solicitarle a usted es que si me puede ayudar en 2000 Lempiras efectivo ya que los estoy necesitando para gastos de mi tratamiento. De antemano le agradecer mucho. Espero comprenda mi necesidad y me de una respuesta favorable.

Atentamente

(D. ONA Perez Ramos) 106-1981-0047
Eliso Perez Ramos.
106-1064-00342.



Autorizado.

Presidente Patronato

7000

Subsidio



VIVO



NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER

1016 1964 00343

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY

05-12-2031

HONDURAS

05-12-1964

Author's address: Department of Psychology, University of California, San Diego, La Jolla, CA 92037, USA.
E-mail: shawn@psych.ucsd.edu

3400000003308846

YAMARANGUILA
INTIBUCA



~~1111~~ R L K H *See B*
COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0039155917<<<<<<<<<<<<<<
6412054F3112054HND<<<<<<<<<<2
PEREZ<RAMOS<<ELVIA<<<<<<<<<<<

19

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

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Olivia Perez Ramos

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2022 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°620650

Yamaranguila 06/06/2022

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2022



[Firma]
Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Elvia Perez Romo
No. Identidad: 7016196400393
No. Pasaporte: _____
Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
05	12	64

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒
Profesión/ocupación: _____
Lugar de trabajo: _____
Dirección de Residencia: La Jota Yamanigua
Número Teléfono/ Celular: _____
Nombre del Establecimiento de Salud: Seman P
Código del Establecimiento de Salud: 11924
"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ # Lote/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	05	10	21	Pfizer lote 30150BA V: 21	ALE Reyna
Segunda dosis	03	Noviembre	21	Pfizer Lote: FH 82401 22 V: 01-22	ALE Reyna
Otras	10	02	22	Pfizer. Lote: FL 3205/V: 6/22	ALE Reyna
Otras					
Otras					

Recuerde: Debe completar el esquema de vacunación con la segunda dosis, por lo que es importante que asista a su cita (fecha en lápiz grafito).

Elaborado:
enero 2021



UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA
EN SALUD
SEMANE



CONSTANCIA

Por medio de la presente se hace constar que:

Elvia Pérez Ramos

Con DNI 1016 1964 00343 es paciente con diagnóstico de
Hipertensión Arterial Crónica.

y vive en el área geográfica de influencia de la UAPS Semane, donde recibe
evaluación médica y tratamiento periódicamente.

Para los fines que convenga, se extiende la presente a los 26 días del mes
de Octubre del año 2022.



[Handwritten signature]

Dr. Ricardo Arturo Soriano Fuentes

Director UAPS Semane

