



REPUBLICA DE HONDURAS
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



Solicitud

Ing. Rumualdo Bejarano Alcalde Municipal

Reciban un respetuoso saludo deseándoles éxitos en sus delicadas funciones que a diario realiza.

El técnico de regulación control agua y saneamiento (TRC) por este medio hace la solicitud, que la oficina del mismo se cuente con un sello, por lo cual se extiende dicha solicitud para la elaboración.

Sin mas a que referirme y en espera de una pronta y favorable respuesta a esta solicitud me despido.

Atentamente

Lic. Erlyn Orlando Bautista

Técnico de regulación y control agua saneamiento
Municipalidad Yamaranguila



22

No. _____

DIA	MES	AÑO
13	02	23

Por L. 80.00

Recibí de: Caja chica Municipal

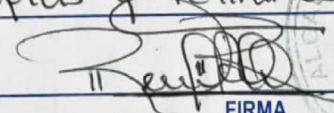
La Cantidad de: Ochenta Lempiras

Por Cuenta de: Pago de transporte a la espe-
ranza y viceversa 2 días. Para sacar
copias y retirarlos del Silver

Sal. Ant. _____

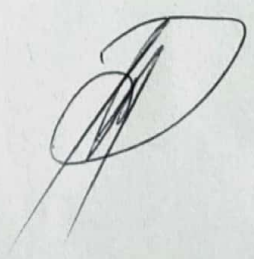
Abono _____

Saldo _____


FIRMA

1002-1977-00193

Reyna Areli Orellana.



25100. Servicio de Transporte.

INFORME DE ACTIVIDADES

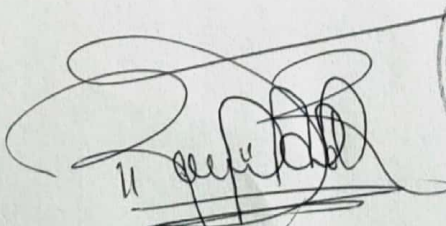
Departamento de Secretaria

Actividades realizadas:

Fecha: 11 de febrero 2023- fui a la Ciudad de la Esperanza a Imaginate "Soluciones creativas" para sacar copias de 2 libros de actas correspondientes al año 2022.

Fecha: 13 de febrero 2023- fui a la Ciudad de la Esperanza a Imaginate "Soluciones creativas" para retirar las copias de 2 libros de actas correspondientes al año 2022.

NOTA: NO PRESENTO RECIBO POR MOTIVO QUE LA RUTA DE TRANSPORTE NO PRESTA ESTE SERVICIO DE FACTURACION.


11



Reyna Aveli Orellana
Sra Mpal.



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Reyna Arcei Orellana Ramos

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2023 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° 622177

Yamaranguila 03/01/23
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023

Firma y Sello del Alcalde



REPUBLICA DE HONDURAS

ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



**CUADRO RESUMEN DE CABILDOS ABIERTOS REALIZADOS POR LA
CORPORACION MUNICIPAL DE YAMARANGUILA EN EL AÑO. 2022**

FECHA DE REALIZACION	TIPO DE CABILDOS ABIERTOS			OBSERVACIONES
	Informativo	Consultivo	De aprobación	
25 de enero 2022	x			Toma de Posesión
23,24 y 25 de marzo 2022	x			Socialización plan COVID
19,20 Y 21 de septiembre 2022	x			Socialización del Reglamento de patronatos.
15,16 y 17 de diciembre 2023		x		Socialización del plan estratégico administrativo jurídico para no venta de tierras a personas de fuera del Municipio.

Ing. Rumaldo Bejarano Rodríguez
Alcalde Municipal
Yamaranguila



Recibido 16/02/2023
2:15 P.M.

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

intibucayamaranguila@municipalidadhn.info

Al Existencia Dependiendo de Cuánto Yo Proteja Los Recursos Naturales



REPUBLICA DE HONDURAS
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



SESIONES DE CORPORACION AÑO.2022

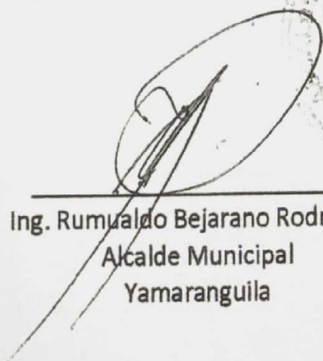
N.	FECHA DE REALIZACION	# DE ACTA
1	20 de enero 2022	672
2	26 de enero 2022	673
3	15 de febrero 2022	674
4	5 de marzo 2022	675
5	19 de marzo 2022	676
6	4 de abril 2022	678
7	25 de abril 2022	679
8	16 de mayo 2022	680
9	2 de junio 2022	681
10	15 de junio 2022	682
11	4 de julio 2022	683
12	18 de julio 2022	684
13	2 de agosto 2022	685
14	15 de agosto 2022	686
15	3 de septiembre 2022	687
16	14 de septiembre 2022	688
17	1 de octubre 2022	690
18	15 de octubre 2022	691



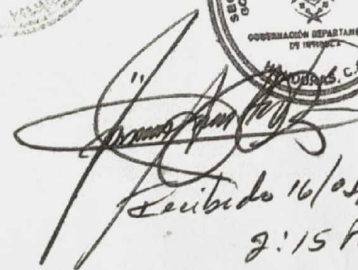
REPUBLICA DE HONDURAS
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



19	31 de octubre 2022	692
20	14 de noviembre 2022	693
21	3 de diciembre 2022	694
22	16 de diciembre 2022	696


Ing. Rumualdo Bejarano Rodríguez
Alcalde Municipal
Yamaranguila




Recibido 16/01/2023
9:15 P.M.



Banco de Occidente. S.A.

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

COMPROBANTE DE PAGO DE TIGO

AGENCIA.....: AGENCIA BARRIO ABAJO
CODIGO DE AGENCIA...: 307
CAJERO.....: 04148 NAHUNOG
FECHAS TRN/PROC....: 28/02/2023 28/02/2023
HORA.....: 16:18:41
CORRELATIVO/ANEXO...: 00001398 0098959833
TRANSACCION.....: 5793 RECAUDACIONES TIGO M/N
NUMERO DE TELEFONO...: 98959833
NOMBRE.....: 0
MONEDA.....: LEMPIRAS
FORMA DE PAGO.....: LEMPIRAS

SLD ANT.\$: 24.81

SLD ANT.L: 612.59

VLR PAG.\$: 24.79

612.16

SLD ACT.\$: 0.02

SLD ACT.L: 0.43



Banco de Occidente. S.A.

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

COMPROBANTE DE PAGO DE TIGO

AGENCIA.....: AGENCIA BARRIO ABAJO
CODIGO DE AGENCIA...: 307
CAJERO.....: 04148 NAHUNOG
FECHAS TRN/PROC....: 28/02/2023 28/02/2023
HORA.....: 16:18:41
CORRELATIVO/ANEXO...: 00001398 0098959833
TRANSACCION.....: 5793 RECAUDACIONES TIGO M/N
NUMERO DE TELEFONO...: 98959833
NOMBRE.....: 0
MONEDA.....: LEMPIRAS
FORMA DE PAGO.....: LEMPIRAS

SLD ANT.\$: 24.81

SLD ANT.L: 612.59

VLR PAG.\$: 24.79

612.16

SLD ACT.\$: 0.02

SLD ACT.L: 0.43

Pago de Telefonía Celular, Alcaldé Municipal.
Cel. 98-95-98-33.

21420. Telefonía Celular



Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 02/05/2019

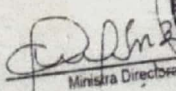
RTN: 10161985008202

RUMUALDO BEJARANO RODRIGUEZ

Nombre o Razón Social

Inscripciones		
Ventas-Selectivo	☐	Productores Importadores de Cigarrillos ☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores ☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores ☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores ☐
Prestamista	☐	

Baso Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 65, 66 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.


Ministra Directora



SAR

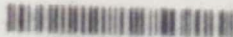
Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 3187250

Transacción: 51CF90

03

 **RNP** 
3400000003308250

DIRECCIÓN / ANÁLISIS
YAMARANGULA
INTÉJICA

COORDINADOR REGISTRARIO

I<HND0039149992<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
8508100M3108103HND<<<<<<<<<<<<<<<<8
BEJARANO<RODRIGUEZ<<RUMUALDO<<

La Rinconada Semanas 17. enero del 2023

Señor. Alcalde municipal.

Ing: Rumualdo Bejarano Rodríguez.

Por medio de la presente nos dirigimos nosotros los miembros de patronato de la Comunidad de la Rinconada, para - solicitarle que por su digno medio nos apoye con la renovación del sello de Presidente de patronato, ya que está en condición deteriorado.

Esperamos obtener respuesta favorable a nuestra solicitud.

Y para constancia Firmamos la presente solicitud en la Rinconada Yamaranguila a los 17 días de enero de 2023.



Fiscal

Leopoldo Vasquez



Vice presidente

Cecilio Vasquez

Tesorera

Sobeyda Karmelinda Gonzales

Vol 1°

Roberto Bautista Vol. 2. Maria Lidio Perez Antonio.

TL= 93-54-91-18.

98-82-97-94.

98-91-21-33.

04



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Armando Bautista

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2023 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° 623071

Yamaranguila 16/01/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Firma]
Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Aramando Bautista

No. Identidad: 1016198900176

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
14	02	85

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: La raconada

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	30	09	21	PFIZER LFF2591 V=12-2021	A/E 11/11/21 CENTRO DE SALUD, SEMANE, YAMARANGUILA
Segunda dosis	26	10	21	PFIZER lote 3045BD V=12-2021	A/E 11/11/21 CENTRO DE SALUD, SEMANE, YAMARANGUILA
Otras	27	04	22	PFIZER lot PTO366 V8/2022	A/E 11/11/21 CENTRO DE SALUD, SEMANE, YAMARANGUILA
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



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA

TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Maria Candida Bautista D

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2023 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° 623067

Yamaranguila 16/01/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-2023



Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Juan Perez

No. Identidad: 1016198500014

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
27	12	84

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Rinconada

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: CAPS 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	13	09	21	Astrazenica LT 210160 V-10-21	A/E Reyna H.
Segunda dosis	12	11	21	AstroZenico HND038 Vc: 11-2021	A/E Reyna H.
Otras	05	04	22	PFIZER LOT:360308D Vc: 09/22	A/E Masquez SEMANE, YAMARANGUILA
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

04



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

José Mario Rodríguez H

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2023 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° 622814

Yamaranguila 18/01/2023
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-2023



[Signature]
Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Jose Mario Rodriguez Hernandez

No. Identidad: 1016196800002

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
27	12	1968

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Rinconada.

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: UAPS Semana

Código del Establecimiento de Salud: 11924

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



CENTRO DE SALUD
SEMANA YAMARANGUILA



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	08	2021	moderna. L039C21A v. Noviembre. 2021	Licda. Sandra SEMAYE YAMARANGUILA
Segunda dosis	09	09	2021	moderna. L.063DZ1A v. Noviembre 2021	Licda. Sandra SEMAYE YAMARANGUILA
Otras	16	12	2021	Pfizer 1F58758 v. 02.22	Reina Hernandez CENTRO DE SALUD SEMANA YAMARANGUILA
Otras	14	07	2022	PT24 Lote: PPA 173452 v. 09/22	Licda. Sandra SEMAYE YAMARANGUILA
Otras					SEMAYE YAMARANGUILA

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: Maria Lidia Perez Antonio

No. Identidad: 1016198501274

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
<u>10</u>	<u>12</u>	<u>85</u>

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: Ama de casa

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Rinconada

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: UAPS Semane

Código del Establecimiento de Salud: 11924

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

CENTRO DE SALUD
SEMANE, YAMARANGUILA

PAI

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>22</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>PFIZER</u> <u>U=FJ08758 V=12-22</u>	<u>Alfonso</u> <u>Alfonso</u>
Segunda dosis	<u>16</u>	<u>12</u>	<u>21</u>	<u>PFIZER FJ 87-58</u> <u>U-02-22</u>	<u>Reinaldo</u> <u>Reinaldo</u>
Otras	<u>27</u>	<u>04</u>	<u>22</u>	<u>PFIZER</u> <u>LOT FT0366 U8/2022</u>	<u>Alfonso</u> <u>Alfonso</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



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE GONSTAR: Que el contribuyente

Maria Hilda Perez Antonio

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 2023 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° 622946

Yamaranguila 18/01/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-2023



Firma y Sello del Alcalde



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Leopoldo Vasquez Lorenzo

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 2023 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° 622947

Yamaranguila 18/01/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Firma]
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	27	04	2022	PF 22 Lote: Ft. 0366 V. 8/22	HA/ E. Pina Hernandez CENTRO DE SALUD SEMANE YAMARANGUILA
Segunda dosis	26	Mayo	2022	cita	
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

Nombre: LEOPOLDO VASQUEZ LORENZO

No. Identidad: 1016198200161

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
27	03	1982

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: AGRICULTOR

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: LA RINCONADA

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: UAPS SEMANE

Código del Establecimiento de Salud: 71924

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

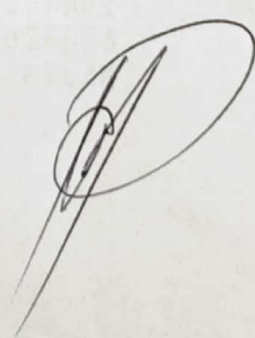
SECRETARÍA DE SALUD

CENTRO DE SALUD
SEMANE YAMARANGUILA

PAI

LPS. 100.00		10 de Marzo del 20 23	
Recibí de: Caja chica Mpal			
La Cantidad de:		Cien lempiras Lps.	
Por concepto de: Gastos de transporte a la Esperanza			
a Oficina del SAR, y Banco de Occidente			
Depositos, Pago SAR, Pago Intop			
Deposito de logos a la oficina			
Cambio cheque de			
Caja chica			
Saldo Anterior L.			
Abono de Hoy L.			
Saldo Actual L.			
		FIRMA	

1016-1984-00362



29

COMPROBANTE DE PAGO
BANCO: 12 BANCOCCI
CURSAL: 26 LA ESPERANZA, INTIBUCA

FECHA: 10/03/2023 HORA: 02:24:06 p.m.
CJA: 1
SUARIO: RF40101
TRANSACCIÓN: 01202601202303101424064
DE DECLARACIÓN: 23463104305
PERIODO:
2-2023
N:
0169003429966
PUESTO: RETENCION HONORARIOS (ART. 50)
12
CONCEPTO: Propio cómputo

MONTOS PAGADOS
puesto 1,468.75
Alta 0.00
cargo 0.00
ereses 0.00
MONTOTAL: 1,468.75
FORMA DE PAGO: EFECTIVO

MONTOTAL
FORMA DE PAGO
BANCOCCI
LA ESPERANZA, INTIBUCA
2023 HORA: 02:22:40 p.m.
10101
N 01202601202303101422404
CIÓN: 23463104271

966
RETENCION EN LA FUENTE
Propio cómputo

PAGADOS
0.76
0.00
0.00
0.00
0.76
EFECTIVO

COMPROBANTE DE PAGO
BANCO, 12 BANCOCCI
CURSAL: 26 LA ESPERANZA, INTIBUCA

FECHA: 10/03/2023 HORA: 02:24:06 p.m.
CJA: 1
CUARTO: RF40101
TRANSACCION: 01202601202303101424064
DE DECLARACION: 23463104305
PERIODO:
2-2023
N:
0169003429966
PUESTO: RETENCION HONORARIOS (ART. 50)
12
CONCEPTO: Propio cómputo

MONTOS PAGADOS

puesto
1,468.75
Alta
0.00
Cargo
0.00
Intereses
0.00

MONTOS TOTAL:
1,468.75

FORMA DE PAGO: EFECTIVO

MONTOS TOTAL

MITE DE PAGO
BANCOCCI
26 LA ESPERANZA, INTIBUCA

2023 HORA: 02:22:40 p.m.

10101
N 01202601202303101422404
TRANSACCION: 23463104271

016
RETENCION EN LA FUENTE

Propio cómputo

PAGADOS

0.76

00

00

00

00.76

EFECTIVO



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.....: 03394 ELMERP /
FECHA PROCESO.....: 10/03/2023
FECHA ACTUAL.....: 10/03/2023
HORA.....: 14:27:24
N. Documento.....: 33940683
N. Autorizacion.....: 894341
N. Cuenta.....: 11-301-002019-3
Cuentahabiente.....: ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA

EFFECTIVO LEM L 6,497.84
CKS. PROPIOS L 0.00
CKS. DE OTR L 0.00

TOTAL DEPOSITO L 6,497.84

SON SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE CON 84/100

DEPOSITANTE : SANDRA PEREZ

FIRMA DEPOSITANTE

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO
1003202314272433940683



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.....: 03394 ELMERP /
FECHA PROCESO.....: 10/03/2023
FECHA ACTUAL.....: 10/03/2023
HORA.....: 14:28:19
N. Documento.....: 33940684
N. Autorizacion.....: 894369
N. Cuenta.....: 11-301-002019-3
Cuentahabiente.....: ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA

EFFECTIVO LEM L 4,181.86
CKS. PROPIOS L 0.00
CKS. DE OTR L 0.00

TOTAL DEPOSITO L 4,181.86

SON CUATRO MIL CIENTO OCHENTA Y UN CON 86/100

DEPOSITANTE : SANDRA PEREZ

FIRMA DEPOSITANTE

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO
1003202314281933940684



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.....: 03394 ELMERP /
FECHA PROCESO.....: 10/03/2023
FECHA ACTUAL.....: 10/03/2023
HORA.....: 14:25:56
N. Documento.....: 33940682
N. Autorizacion.....: 894341
N. Cuenta.....: 11-301-002019-3
Cuentahabiente.....: ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA

EFFECTIVO LEM L 17,238.96
CKS. PROPIOS L 0.00
CKS. DE OTR L 0.00

TOTAL DEPOSITO L 17,238.96

SON DIECISIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO CON 96/100

DEPOSITANTE : SANDRA PEREZ

FIRMA DEPOSITANTE



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.....: 03394 ELMERP /
FECHA PROCESO.....: 10/03/2023
FECHA ACTUAL.....: 10/03/2023
HORA.....: 14:26:33
N. Documento.....: 33940682
N. Autorizacion.....: 894315
N. Cuenta.....: 11-301-002019-3
Cuentahabiente.....: ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA

EFFECTIVO LEM L 18,973.70
CKS. PROPIOS L 0.00
CKS. DE OTR L 0.00

TOTAL DEPOSITO L 18,973.70

SON DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y TRES CON 70/100

DEPOSITANTE : SANDRA PEREZ

FIRMA DEPOSITANTE



Banco de Occidente. S.A.

¡Apoyando al Pequeño de Hoy, Hacemos el Grande del Mañana!

CODIGO AGENCIA.....: 301 SUCURSAL LA ESPERANZA
FECHA DE PROCESO....: 10/03/2023 F.ACT.: 10/03/2023
CODIGO DE CAJERO....: 03394 HORA.: 14:59:49
CODIGO DE USUARIO...: ELMERPV TRANS.: 5902
EMPRESA COBRANZA....: 232 INFOP
TIPO DE PRODUCTO....: 96 APORTACIONES

NUMERO DE RECIBO....: 1016910001
INSCRIPCION.....: 101691000
NOMBRE.....: MUNICIPALIDAD DE YAMARANGUILA
PERIODO.....: 02-2023
VALOR APORTACION....: 2,580.90
10% RECARGO.....: 0.00
MULTAS.....: 0.00
AJUSTES.....: 0.00
INTERES MORATORIO...: 0.00
TOTAL A PAGAR.....: 2,580.90

AUTORIZACION INFOP.: 06279102-68a2-43cd-8cf0-292fc3
EFECTIVO.....: 0.00
CKPROPIO/FINANCIERO: 2,580.90
CKS DE OTRO BANCO...: 0.00

TOTAL PAGADO.....: 2,580.90

SON.:***DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA CON 90/100*****

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO

2801008

B-0512 1806003 37

www.standard-ca.com

PRODUCTO CENTROAMERICANO HECHO EN GUATEMALA

Cualquier cambio favor indicarlo en la Forma "A"

COMPROBANTE DE PAGO

135722	02-23	1016910001
NÚMERO	MES AÑO PAGO	N.º INSCRIPCIÓN
MUNICIPALIDAD DE YAMARANGUILA		

Nombre / Aportante

Dirección YAMARANGUILA, INTIBUCA

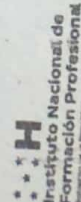
Sueldos / Salarios L. 258,090.90

1% de Aportación
10% de Recargo
Multas
Ajuste o Abono
Intereses Moratorios
Créditos
Total a Pagar

Lugar y Fecha

2580.90
06.08512

2023-03-01
Intibuca



Instituto Nacional de Formación Profesional

Re Impresion

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO

CODIGO AGENCIA.....: 301 SUCURSAL LA ESPERANZA
FECHA DE PROCESO....: 10/03/2023 F.ACT.: 10/03/2023
CODIGO DE CAJERO....: 03394 HORA.: 14:53:05
CODIGO DE USUARIO...: ELMERPV TRANS.: 5902
EMPRESA COBRANZA....: 232 INFOP
TIPO DE PRODUCTO....: 96 APORTACIONES

NUMERO DE RECIBO....: 1016910001
INSCRIPCION.....: 101691000
NOMBRE.....: MUNICIPALIDAD DE YAMARANGUILA
PERIODO.....: 01-2023
VALOR APORTACION....: 2,411.11
10% RECARGO.....: 241.11
MULTAS.....: 0.00
AJUSTES.....: 0.00
INTERES MORATORIO...: 0.00
TOTAL A PAGAR.....: 2,652.22

AUTORIZACION INFOP.: 6ca37eb6-70e3-4819-8cf2-9b3ea7
EFECTIVO.....: 0.00
CKPROPIO/FINANCIERO: 2,652.22
CKS DE OTRO BANCO...: 0.00

TOTAL PAGADO.....: 2,652.22

SON.:***DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS CON 22/100*****



COMPROBANTE DE PAGO

135721	01-23	1016910001
NÚMERO	MES AÑO PAGO	N.º INSCRIPCIÓN
Municipalidad de YamarangUILA		

Nombre / Aportante

Dirección YamarangUILA, Intibuca.

Sueldos / Salarios L. 241,110.71

1% de Aportación
10% de Recargo
Multas
Ajuste o Abono
Intereses Moratorios
Créditos
Total a Pagar

Lugar y Fecha

YamarangUILA, Intibuca.
10-03-2023

Cualquier cambio favor indicarlo en la Forma "A"

9

b Banco de Occidente, S.A.
 (Apoyando al Pequeño de Hoy, Hacemos el Grande del Mañana)

OFICINA.....: 301 SUCURSAL LA ESPERANZA
 TRANSACCION.....: 700 DEPÓSITO CUENTA CHEQUES M/H
 CAJERO.....: 03394 ELMERPV /
 FECHA PROCESO.....: 10/03/2023
 FECHA ACTUAL.....: 10/03/2023
 Hora.....: 14:24:42
 N. Documento.....: 33940680
 N. Autorización.....: 894233
 N. Cuenta.....: 11-301-002019-3
 Cuentahabiente.....: ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARAKUILLA

EFFECTIVO LEN L 11,791.37XXXXXXXXXX
 CKS. PROPIOS L 0.00XXXXXXXXXXXXXX
 CKS. DE OTR L 0.00XXXXXXXXXXXXXX

TOTAL DEPOSITO L 11,791.37XXXXXXXXXX

SOL: ***** MIL SETECIENTOS NOVENTA Y UN CON 57/100 *****
 XXX

DEPOSITANTE : SANDRA PEREZ



FIRMA DEPOSITANTE

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO
 1003202314244233940680

b Banco de Occidente, S.A.
 (Apoyando al Pequeño de Hoy, Hacemos el Grande del Mañana)

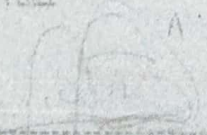
OFICINA.....: 301 SUCURSAL LA ESPERANZA
 TRANSACCION.....: 700 DEPÓSITO CUENTA CHEQUES M/H
 CAJERO.....: 03394 ELMERPV /
 FECHA PROCESO.....: 10/03/2023
 FECHA ACTUAL.....: 10/03/2023
 Hora.....: 14:23:49
 N. Documento.....: 33940679
 N. Autorización.....: 894233
 N. Cuenta.....: 11-301-002019-3
 Cuentahabiente.....: ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARAKUILLA

EFFECTIVO LEN L 10,723.53XXXXXXXXXX
 CKS. PROPIOS L 0.00XXXXXXXXXXXXXX
 CKS. DE OTR L 0.00XXXXXXXXXXXXXX

TOTAL DEPOSITO L 10,723.53XXXXXXXXXX

SOL: ***** DIEZ MIL SETECIENTOS VEINTE Y TRES CON 53/100 *****
 XXX

DEPOSITANTE : SANDRA PEREZ



FIRMA DEPOSITANTE

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO
 1003202314234933940679

BANCO DE OCCIDENTE S.A.

MULTIPLAS TRANSACCIONES

CASO 43977

10/3/2023 13:37:51

C70

Nº Ticket

C70

BANCO DE OCCIDENTE S.A. - LA ESPERANZA
 CAJA
 MULTIPLES TRANSACCIONES
 CASO 43977
 10/3/2023 13:37:51

54410 - Ayuda Social a personas (Transferencia de capital)

No. _____

DIA	MES	AÑO
13	03	23.

Por L.

7,000

Recibí de: Coja Chica.

La Cantidad de: Mtl. Lempiras Exactos. Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Salud. Maria Lucitana Garcia Ramos, de la Comunidad del Corrizal Semane. Cel. 97-74-92-85

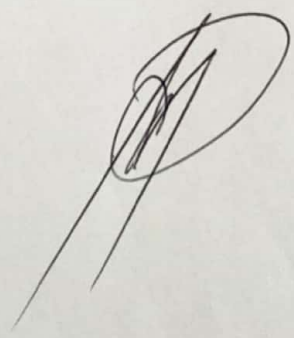
Sal. Ant. 1,000.

Abono _____

Saldo 1,000.

Maria Lucitana G. Ramos 10/6/1979 00534

FIRMA



Solicitud

10/03/23

Carrizal Semane, Yamaranguila.

Para: Señor alcalde Municipal
Ing. Rumualdo Bejarano R.
y su honorable Corporación.

Reciba un Caluroso y respetuoso Saludo,
deseandole que el divino Creador derrame
bendiciones en sus vidas.

Por medio de la Presente nos dirigimos a
usted y su Corporación Para que me
apoye en la Parte economica.

Ya que el medico me diagnostico un Problema
de Salud. y me dio referencia Para ir donde
un Ginecologo, para hacerme un examen
para hacerme la Biopsia.

La Cantidad que necesito es L. 3,500.00

Espero me de una respuesta Positiva
De antemano le agradecere Por su Valiosa
Colaboracion, Para el gran beneficio de mi Salud.
y Para Constancia firmo.



pte patronato

Rumualdo Bejarano R.

pte. pto

Aprobado
1000.00 caja

Chica



Maria Lacitana Romo



SECRETARIA DE SALUD
GESTOR(MANCURISJ)
REFERENCIA Y RESPUESTA

REFERENCIA ☒
A ☐
RESPUESTA

Primer Apellido: Ramos Segundo Apellido: Luciana Nombre(s): Luciana
 N° de expediente: 20 N° de Identidad: 1016 1979 00534 Edad: 43 Sexo: M
 Dirección y Teléfono (móvil/fijo): Carrizal 197749285
 Correo Electrónico: David Beltran (ejemplo) Persona Responsable, parentesco y Número de teléfono:
 Motivo del envío: Diagnóstico: ☐ Tratamiento: ☐ Seguimiento: ☒ Rehabilitación: ☐

Resumen de datos clínicos:
Px con resultado de Citología: Atipia Benigna Escasa
FUM: 8-3-23, ciclos regulares, duración 3 días
EF: O R/L (lastada), C/P: No mides, jabonoso
Abd: Blando, depresible, no dolor, no masas
Extrem: No edema, MI

Signos Vitales: P/A: 120/80 ER: 16 FC: 72 Pulso: 72 Peso: 80.5 Recién Nacido: FCF: Talla: APGAR:
 GOG: Fecha Ultimo Parto: FUM: FPP: AU: G: 3 P: 3 C:
 V: HV: 3 HM: O: NV: NM:
 Resultado de exámenes complementarios:

Tratamiento aplicado:

Diagnóstico de remisión: Atipia Benigna Escasa

Recomendaciones: Colpocopia + Biopsia

Condición de Salida: Estable

REFERIDO o RESPONDE A:
☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☒ Segundo Nivel, especifique:
 AMERITA ATENCIÓN:
☒ Consulta Externa ☐ Emergencia ☐ Hospitalización
☐ Otros, especifique:

Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde: HEAC
 Nombre del Servicio al que se Refiere o Responde: Ginecología

Se contactó al Establecimiento al que de remitirá o responderá:
☐ No ☐ Especifique:

Fecha y Hora de la remisión: 9:00h REFERENCIA O RESPUESTA POR:
☒ Médico General ☐ Médico Especialista
☐ Enfermera ☐ Auxiliar ☐ Otro,
 Especificar:
 Nombre y cargo de la persona contactada:
 Nombre, Firma y Sello de persona remitente: Dr. Soriano

Datos de recepción de la referencia: Nombre, sello y firma de quien recibió la referencia:
 Fecha y Hora de Recepción: Hora: Día: Mes: Año:



**PATOLOGÍA
MÉDICA**

Ci La UAP3
(carnizal)

inssa
INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Paciente: Lucitana Ramos

Identidad: 1016197900534

Edad: 43 años

Género: F

F.U.M: 23/01/2023

F.U.P:

G: 3

P: 3

C: 0

A: 0

Médico(s): Soriano

Fecha: 23/02/2023 Orden: 0638

Tipo de muestra: Citología Cérvico-Vaginal

Código: G-23-2-03821 - IC00002922-23

DIAGNÓSTICO:

→ **ATIPIA BENIGNA ESCAMOSA DE SIGNIFICADO INDETERMINADO (ASC-H SEGÚN BETHESDA).**
→ **INFLAMACIÓN SEVERA.**

CALIDAD FROTIS

☒ Satisfactorio

☐ Insatisfactorio

Causas:

- Buena Fijación - Células Endocervicales - Células Metaplásicas

INFLAMACIÓN

☐ No

☐ Leve

☐ Moderada

☒ Severa

Causas:

- Flora Coccoide-Hemorrágico

MICROORGANISMOS

☐ Cándida

☐ Herpes

☐ Actinomyces

☐ Trichomonas

☐ Gardnerella

☐ Inespecíficos

CELULAS EPITELIALES DE SIGNIFICADO INDETERMINADO (ASC-US)(AG-US)

☒ Escamosa

☐ Glandular

☐ ASC-US ☒ ASC-H

☐ AGC

O.M.S

☐ Condiloma-VPH

☐ Displasia Leve/NIC I

☐ Displasia Moderada/NIC II

☐ Displasia Severa/NIC III

☐ Carcinoma Escamoso

☐ Adenocarcinoma

LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL (BETHESDA ED. 2014)

☐ de Bajo Riesgo

☐ de Alto Riesgo

DESCRIPCIÓN

Se observan células escamosas pequeñas con alta relación núcleo-citoplasma, irregularidad nuclear prominente y núcleos superpuestos.

COMENTARIO

Se sugiere colpo-biopsia.

G. Kattán



Dra. Gloria J. Kattán Chávez

I<HND0039134594<<<<<<<<<<<<<<
7911015F3111013HND<<<<<<<<<<<4
GARCIA<RAMOS<<MARIA<LUCITANA<

Registro de aplicación de vacuna COVID-19

Dosis	Fecha de aplicación			Nombre del fabricante/ Fecha de vencimiento	Nombre del Vacunador
	Día	Mes	Año		
Primera dosis	12	08	21	Moderna lot 063021A V: NOV 21	Uc: Sonia
Segunda dosis	09	09	21	Moderna lot 063021A V: NOV 21	Uc: Sonia
Otras	06	01	22	Pfizer lot FJ8758 V: 2-22	Alf: Recina
Otras	28	06	22	F.P. 9681.V.09.22	Alf: Recina
Otras					

CENTRO DE SALUD
SEMAE YAMARANGUILA

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. _____

DIA	MES	AÑO
14	03	2023

Por L. 800

Recibí de: de Caja chica

La Cantidad de: Ocho cientos Exactos **Lempiras**

Por Cuenta de: Ayuda Social salub. al señor Leonardo Rodriguez de la Comunidad. Zacate Blanco.

Sal. Ant. 800

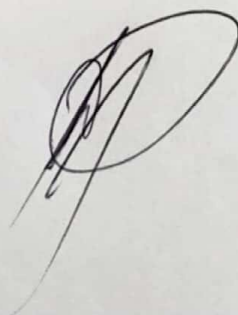
Abono —

Saldo 800.

Cel. 94-90 - 6020.

ElengMS.

1016-1974-00286 **FIRMA**



Zacate Blanco Yamaranguila 10/3/2023

Solicitud

Lo Precente estoy saludando a usted Sr. Alcalde Rómulo Bejarano y a toda la Corporación Municipal. Lo Precente es portadora de un Respetuoso Saludo. En la cual es nuestros deseo que cosechen éxitos en tan noble función que de Campesino y Desarrollo de nuestro querido municipio.

Al mismo tiempo a Prochecho para solicitarles que me pudieran Ayudar para una cita. acia Hospital Escuela de Tegucigalpa. Problema Ber Tenido. Una Fractura. Parte del cuerpo. En la Ingles. y me operaron con 8 puntos y me pusieron 2 sondas. y me dejaron cita. este 28 de este mes. Ya que no contamos con mas. Recurso Economico para las citas y Salamente confiando con su Valioso apoyo. Les Agradezco que sigan Adelante en Beneficio de Yamaranguila.

ATTT

Leonardo Rodriguez N° 10/6-1972 00353.
Solbencio. N° 62.57.52.

Firma
Leonardo Rodriguez.



Aprobacion
Salud. Coja el caso
V. 8.00

N° 10/01919 00528



VALIDO HASTA: 31-12-2023



Firma y Sello del Alcalde

 **ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA**
TEL. 2783-8080
CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES
El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Leonardo Rodríguez
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 2023 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° 625752

Yamaranguila 10/02/2023
Lugar y Fecha



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Leonardo Rodríguez

No. Identidad: 1016197200353

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
09	10	72

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Zocote Blanco

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: _____

Código del Establecimiento de Salud: 13102



"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	9	21	U:11-2021 Pfizer FF 2591	A/E Iris
Segunda dosis	28	10	21	Pfizer lote 3104500 venc 12/2021	
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).

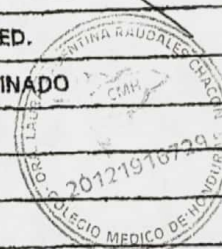
Elaborado:
enero 2021

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C. A.



HISTORIA Nº

1016 1972 00358

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:		EDAD		SEXO	
Leonardo Rodriguez		50		M F	
ESTUDIOS ANTERIORES	SERVICIO SALA	CAMA	FECHA	SOLICITUD	
SI NO	E/C		14/2/23		
DATOS CLINICOS:					
paciente con cauda de cabal y hematurias, probable ruptura de vejiga					
AP Columna: lumbar, cervical, toracica					
EXAMEN SOLICITADO: AP Pelvis, AP craneo, AP Torax					
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"



Hospital Escuela

Gobierno de la República

Consulta Externa Otorrin



TRANSITO DE PACIENTES

HISTORIA: 106-72-0035

NOMBRE DEL PACIENTE: Leonardo Rodriguez

DATOS CLINICOS: Paciente postoperado por Dr. Gilberto de
Urologia mas otorrino.

DIAGNOSTICO:

28

02

23

MES

AÑO

FIRMA DEL MEDICO QUE REMITE

No. 1857214

LPS.

del

El

suscribe, CERTIFICA

que

ha enterado en esta Oficina la suma de:

Por

ENTERANTE

RECEPTOR DE FONDOS

Original: Oficina recaudadora

Primera copia: Enterante

Segunda copia: Auditoría interna de la institución



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
FARMACÉUTICOS

FECHA:

18/12/23

SERIE "B"

N° 13254669

PACIENTE:

Leonardo Rodríguez

EXPED:

1016 1972 00353

EDAD:

SEXO: M:

☐

F

☐

SERVICIO / SALA:

N° CAMA:

CONSULTA EXT:

EMERGENCIA DE: MEDICINA INTERNA

☐

CIRUGÍA

☐

PEDIATRÍA

☐

GINECOBSTERICIA

☐

ORTOPEDIA

☐

NEUROCIRUGÍA

☐

DIAGNÓSTICO:

Diclofenaco 50 mg vo
10 hrs x 5 días.

1841014

CÓDIGO CLIENTE

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURASEMPRESA NACIONAL DE
ENERGÍA ELÉCTRICA
ENEE

AVISO DE COBRO POR SERVICIO

R.T.N. ENEE: 08019003243825

PERÍODO DE FACTURACIÓN: 10/FEB/2023 a 13/MAR/2023

DATOS PERSONALES

NOMBRE: REYES BAUTISTA LEODORO

DIRECCIÓN: BARRIO SAN BUENA VENTURA YAMARANGUILA INTIBUCA

CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS COMERCIALES

TIPO DE CONSUMO: RESIDENCIAL MEDIDOR: 52756809
 TARIFA: SECTOR RESIDENCIAL MULTIPLICADOR: 1
 UBICACIÓN: 212-008-124 NIVEL DE TENSIÓN: V
 SECTOR COMERCIAL: COMAYAGUA

37

PAGO INMEDIATO

L 655.48

CONSUMO (kWh)

FECHA DE VENCIMIENTO

TOTAL A PAGAR

CONSUMO DE ENERGÍA ACTIVA (kWh)

LECTURA ANTERIOR: 2299 FECHA LECTURA ANTERIOR: 10/FEB/2023
 LECTURA ACTUAL: 31 FECHA LECTURA ACTUAL: 13/MAR/2023
 DÍAS DE FACTURACIÓN: 31 FACTURADO POR: PATRÓN DE CONSUMO
 NOVEDAD:

CONSUMO DE ENERGÍA REACTIVA (kVarh)

LECTURA ANTERIOR: CONSUMO: 0
 LECTURA ACTUAL: FACTOR DE POTENCIA:

VALOR DE ENERGÍA CONSUMIDA

TARIFA (kWh)	L/kWh	CONSUMO (kWh)	VALOR L.
0-50:	4.78	37	176.92
MAYORES A 50:	6.22	0	0.00
TOTAL			176.92

ÚLTIMO PAGO L. 681.78

FECHA ULT. PAGO: 28/DIC/2022

MESES EN MORA: 2

CONTRATO VIGENTE: 0

VALOR FINANCIADO L. 0.00

CUOTA APLICADA: DE

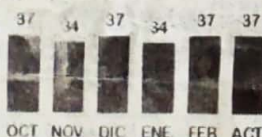
COMPONENTES COSTO DE ENERGÍA (L)

Generación (70.12%)	125.12
Transmisión (5.25%)	9.29
Distribución (23.90%)	42.20
Operación del sistema (0.13%)	0.23
Total	L. 176.92

VALORES POR CONCEPTOS (L)

Costo de Energía	176.92
Cargo Por Comercialización	56.92
Cargo Por Regulación	0.62
Alumbrado Público	13.32
Subsidio incremento tarifario	-24.64

HISTÓRICO DE CONSUMOS (kWh)



Total Mes:

L. 223.14

AVISO DE INTERÉS

SI TIENE TOS POR 15 O MÁS DÍAS ACOMPAÑADA DE FLEMA, FIEBRE, PÉRDIDA DE PESO, CANSANCIO Y MALESTAR GENERAL ACUDE AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO "INVIRTAMOS EN PONER FIN A LA TUBERCULOSIS, SALVEMOS VIDAS"

TOTAL MES L. 223.14
 SALDO PENDIENTE L. 432.34
 TOTAL A PAGAR L. 655.48

1841014

CÓDIGO CLIENTE



Banco de Occidente. S.A.

¡Apoyando al Pequeño de Hoy, Hacemos el Grande del Mañana!

FACTURA DE PAGO SERVICIO ENERGÍA

AGENCIA.....: 305 AGENCIA EL WAY
 CIUDAD.....: INTIBUCA LA ESPERANZA
 NO. DE CLAVE.....: 1841014
 N I S: 1841014
 NOMBRE DEL ABONADO.: REYES BAUTISTA LEODORO
 TRANSACCION.....: 5732 PAGOS DE SERVICIO ENERGIA EEH ENEE
 FECHA ACTUAL.....: 15/03/2023 FECHA PROCESO: 15/03/2023
 HORA.....: 14:17:05

CARGO DEL PERIODO...: 655.48

IMPUESTO S/V.....: 0.00

TOTAL A PAGAR.....: 655.48

TOTAL PAGADO.....: L 655.48

AUTORIZACION.....: 340736

CHECKSUM.....: MDqfDENEwMTMTUwMzIwMjNNjULjQ

REFERENCIA EEH.....: 6247843600

CAJERO.....: 03628-CINTHIANA /

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO

8808810

B-0512

7814511

37

www.FormulariosStandard.com



002822

Pago de Energía Eléctrica
 a Casa de Policia. Concretera.

541 200. Transferencia a Asociaciones Civiles Sin fines de lucro

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Zambrano
KM 37 Carretera CA-5 Norte
USUARIO:

RTN:

Fecha: 15.03.2023 Hora: 17:27:13

TICKET DE PAGO

CASETA: 1 - ZAMBRANO
CAJERO: 00213
CARRIL: 03
FOLIO: F103-3559977
SEC: S103-3680771

CLASE: Liviano
IMPORTE: 19.13
TASA U.V.C: 2.87
TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS
*3333

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Zambrano
KM 37 Carretera CA-5 Norte
USUARIO:

RTN:

Fecha: 15.03.2023 Hora: 17:27:13

TICKET DE PAGO

CASETA: 1 - ZAMBRANO
CAJERO: 00213
CARRIL: 03
FOLIO: F103-3559977
SEC: S103-3680771

CLASE: Liviano
IMPORTE: 19.13
TASA U.V.C: 2.87
TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS
*3333



CHICHARRONERA EL PAISANO

R.T.N. 03181967000765

BARRIO BUENA VISTA, FRENTE AL PARQUEO DE TEXACO VALERIANO,
SIGUATEPEQUE, COMAYAGUA. CEL.: 9978-8969 / 9805-1037,

POR L. 335.00

15 de 03 de 20 23

Recibí de: Municipalidad Yaramanguila

La Cantidad de: trescientos treinta cinco

Por Concepto de: Alimentación

Dejan Tecnicos de CEPUDO de Yaramanguila a Tegucigalpa.
por Proyecto de Vivienda.

Saldo Anterior L.

Menos Abono L.

Saldo Actual L.

RECIBO

No 253

Firma

Transporte y alimentación, para transportar Tecnicos de
CEPUDO de (Tegucigalpa) La Esperanza - Tegucigalpa.

26210. Viajeros Nacionales.

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Siguatepeque
KM 112 Carretera CA-5 Norte

USUARIO:

RTN:

Fecha: 15.03.2023 Hora: 18:21:46

TICKET DE PAGO

CASETA: 2 - SIGUATEPEQUE
CAJERO: 00210
CARRIL: 03
FOLIO: F203-3458494
SEC: S203-3598514

CLASE: Liviano

IMPORTE: 19.13

TASA U.V.C: 2.87

TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS

*3333

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Zambrano
KM 37 Carretera CA-5 Norte

USUARIO:

RTN:

Fecha: 15.03.2023 Hora: 16:04:00

TICKET DE PAGO

CASETA: 1 - ZAMBRANO
CAJERO: 00234
CARRIL: 04
FOLIO: F104-3281/27
SEC: S104-3412837

CLASE: Liviano

IMPORTE: 19.13

TASA U.V.C: 2.87

TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS

*3333

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Siguatepeque
KM 112 Carretera CA-5 Norte

USUARIO:

RTN:

Fecha: 15.03.2023 Hora: 18:21:46

TICKET DE PAGO

CASETA: 2 - SIGUATEPEQUE
CAJERO: 00210
CARRIL: 03
FOLIO: F203-3458494
SEC: S203-3598514

CLASE: Liviano

IMPORTE: 19.13

TASA U.V.C: 2.87

TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS

*3333

CONCESIONARIA VIAL HONDURAS S.A. DE C.V.
RTN: 08019012476578

ESTACION DE PEAJE Zambrano
KM 37 Carretera CA-5 Norte

USUARIO:

RTN:

Fecha: 15.03.2023 Hora: 16:04:00

TICKET DE PAGO

CASETA: 1 - ZAMBRANO
CAJERO: 00234
CARRIL: 04
FOLIO: F104-3281/27
SEC: S104-3412837

CLASE: Liviano

IMPORTE: 19.13

TASA U.V.C: 2.87

TOTAL: 22.00

CENTRAL DE EMERGENCIAS

*3333



FOOD FOR THE POOR INC
CEPUDO
ESTUDIO SOCIO ECONOMICO



Encuestador: _____ Fecha: _____
Comunidad: _____ GPS: _____
Municipio: _____ Departamento: _____

Nombre del Encuestador: Isaías Sanchez Identidad: 1016 1986 00318

Trabaja: Si ☒ No ☐ Ocupación: Jornalero

Empresa: _____ Sueldo (Lps.): _____

Tel. Empresa: _____ Tiempo de Laborar: _____

Cónyugue: Maria Enrique Sanchez Identidad: 1006 1982 00555

Trabaja: Si ☒ No ☐ Ocupación: Ama de casa

No. Personas que habitan la Vivienda: 5 Personas

Nombre completo	Edad	Parentesco	Identidad
Isaías Sanchez	40	Padre de familia	1016 1986 00318
Maria Enrique Sanchez	43	Madre de familia	1006 1982 00555
Seremias Sanchez	15	hijo	
Ruben Edgardo Sanchez	13	hijo	
Sose Exaltación Sanchez	7	hijo	

La casa actual es:

☒ Propia

☐ Alquilada

Tiempo de vivir en la vivienda: 13 AÑOS

Terreno:

☒ Propio

☐ Municipal

☐ Otros: _____

Servicios Básicos:

☐ Agua potable

☐ Energía eléctrica

☐ Alcantarillado

☒ Letrina Seca

☐ Letrina lavable

Descripción de la estructura de la casa:

Paredes: Madera

Techo: Lamina de zinc

Piso: Tierra

Observaciones: _____

CONSTANCIA DE INGRESOS

Yo Isaías Sanchez Sanchez con identidad numero
1016 1986 00318, hago constar que trabajo eventualmente, desarrollando
trabajos de Jornalen Agricultura, con el que genero ingresos
mensuales aproximados por L 1000, por lo cual firmo la presente
constancia de ingresos en Los Olivos Yamoranguila Intibura,
a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Isaías Sanchez

**CONSTANCIA DE APOORTE DE TRABAJO
COMUNITARIO OBLIGATORIO**

Yo Isaias Sanchez Sanchez identidad 1016 1986 00318 por medio del presente documento hago constar mi conocimiento y compromiso para realizar voluntariamente los trabajos que realizaré en apoyo al proceso de auto-construcción asistida para la construcción de una vivienda que me será entregada en donación enmarcada en la iniciativa con el aporte de donaciones gestionadas por CEPUDO y FOOD FOR THE POOR.

Mi compromiso consiste en aportar mi trabajo comunitario y adicionalmente de otros dos (2) miembros de la familia durante todo el plazo de construcción de la vivienda. Las actividades que realizaré serán coordinadas para que en conjunto con las actividades de las demás familias beneficiarias apoyemos las actividades de logística y de construcción; y que en el proceso seamos instruidos en la realización de labores de apoyo y de capacitación en albañilería, soldadura, carpintería y otras actividades necesarias para cumplir con las metas propuestas en la construcción y entrega de las viviendas en donación.

Es de mi pleno conocimiento que bajo ninguna condición o circunstancia debo aportar dinero o pagar para ser elegible en la entrega de la vivienda en donación, por lo que reitero que únicamente aportaré el trabajo comunitario en mi beneficio propio y de mi familia. Se estima que el monto del trabajo comunitario aportado en mano de obra es equivalente a aproximadamente 200 Lempiras por día.
()

La vivienda se encuentra ubicada:

Municipio: Yamoroanguila

Departamento: Intibucá

Para constancia se suscribe el presente documento a los ____ del mes de _____ del año ____.

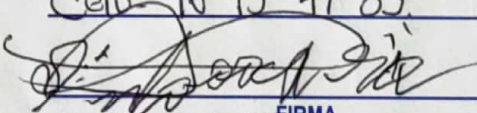
Isaias
POSTULANTE

CEPUDO-FOOD FOR THE POOR



ISAIAS SANCHES
COMUNIDAD DE LOS OLIVOS.

CONSTANCIA DE ÚLTIMO DOMICILIO

	No. _____	<table border="1"><tr><th>DIA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td>15</td><td>03</td><td>2023</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	15	03	2023	Por L. 1,000
	DIA	MES	AÑO						
	15	03	2023						
	Recibí de: <u>Caja Chica.</u>								
La Cantidad de: <u>Mil Lempiras. Exactas.</u> Lempiras									
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud. al Señor</u>									
<u>Sanforaso Mejia. de la Comunidad La puerta</u>									
<u>Celu 96-75-47-83.</u>									
<table border="1"><tr><td>Sal. Ant.</td><td><u>1,000.</u></td></tr><tr><td>Abono</td><td><u> </u></td></tr><tr><td>Saldo</td><td><u>1,000.</u></td></tr></table>		Sal. Ant.	<u>1,000.</u>	Abono	<u> </u>	Saldo	<u>1,000.</u>	 1016-1936-00117. FIRMA	
Sal. Ant.	<u>1,000.</u>								
Abono	<u> </u>								
Saldo	<u>1,000.</u>								



S 4100. Ayuda Social a personas (Transferencia de capital).

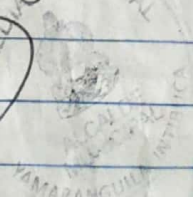
Solicitud

Comunidad La Puerta Yamaranguila
Día Sabado 4 de marzo 2023
Señor alcalde Rumaldo Bejarano
tenga exitos en sus funciones
Diarias el motivo de este
corto Saludo es para Solicitarle
un apoyo economico para
mi Salud yaque soy una
persona de la tercera edad
yaque todas las sifa que tenga
en la clinica San Rafael
son de 3500 por eso estox
solicitando este apoyo econo
Señor alcalde municipal Rumaldo
Bejarano Sin aber mas
que decirle Firma

Sinforoso Mejia

Aprobado.

L 1000
Salud caja chica



RNP

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE / FORENAME
SINFOROSO

APELLIDO / SURNAME
MEJIA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH
18-07-1936

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER
1016 1936 00117

NACIONALIDAD / NATIONALITY
HND

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY
18-07-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

[Signature]

18-07-1936

	RNP	 3400000001596765
	DOMICILIO / ADDRESS YAMARANGULA INTIBUCA	
   COMISIONADOS PROPIETARIOS		

I<HND0014785601<<<<<<<<<<<<<<<<
 3607189M3107184HND<<<<<<<<<<<<<O
 MEJIA<<<SINFOROSO<<<<<<<<<<<<<

CONSTANCIA DE EXENCIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES
El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Sinforoso Méja

Esta Exento del pago de impuestos municipales de conformidad con el art. 4 del "Reglamento de la Ley de Creación de Constancia de Pago y Exoneración" por lo que se le extiende esta Constancia de Exoneración, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de Septiembre del 1965. Sin perjuicio de pago del impuesto que pudiera resultar en la verificación de sus declaraciones.

N° 451469

Yamariquela 10/3/2023
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

Indefinida



Firma y Sello del Alcalde



MEDICENTRO SAN RAFAEL

Experiencia al cuidado de su salud

Tel.: 2783-2325

Bo. Candelaria, 1 Cuadra al norte del Banco de Occidente, una cuadra arriba de CACIL,
La Esperanza, Intibucá, Honduras, C.A.

Nombre:

Fecha:

Edad:

R/

Constancia

Por medio de la presente hago
constar que el Sr. Siforoso
Tijera Este siendo tratado
en este Centro, con el
caso de ~~la~~ ~~tercer~~

Por lo que este en tratamiento
con Asystamin Oro y Jergon
prote, para su mejoría.
Para fines del Interesado
extiendo la presente el día
Lunes 6/03/23.

Dr.:



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

Solicitud

16/03/2023

11

Sr. Alcalde Romualdo Bugarano
Alcaldia Municipal.
Santa cruz del Rosario

Saludandole Muy cordialmente a usted y su
equipo de trabajo deseando que Dios les
bendiga en cada una de sus labores Diarias.

La presente es para:

Solicitarle una ayuda economica de L3,000
para uso de: transporte y ultrasonido de
embarazo y demas exámenes que me realizaré
en la clinica Privada de la Dra.
Analee Argueta

Con muestra de respeto me despido y
agradezco. le de tramite a lo peticionado
esperando una respuesta favorable

Maria Erlinda Perez Vasquez
ATT

Maria Erlinda Perez Basquez.
1016-1990-00054

Aprobación
L. 1,000.
16/03/2023.

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

NOMBRE / FORENAME
MARIA ERLINDA

APELLIDO / SURNAME
PEREZ VASQUEZ

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH
15-01-1990

NACIONALIDAD / NATIONALITY
HND

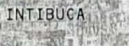
LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER
1016 1990 00054

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY
15-01-2031

15-01-1990

V. Llorca, G. Rodríguez y L. Rodríguez

	RNP	 3400000003306700	
	DOMICILIO / ADDRESS YAMARANGUILA INTIBUCA		
 R L L K H  COMISIONADOS PROPIETARIOS			



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Maria Erlinda Perez Vasquez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 2023 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° 626776

Yamaranguila 16/03/2023
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-2023



[Signature]
Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Maria Erlinda Perez Vasquez

No. Identidad: 1016199000054

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
15	01	90

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Santa Cruz

Número Teléfono/ Celular: 9712 8365

Nombre del Establecimiento de Salud: Clis Yom

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	18	09	21	Aztrazennca 2-77680 Oct/21	Ale Reyes
Segunda dosis	19	11	21	Astra L N30138 F10 11-21	Ale
Otras	07	04	22	Pfizer FT 8471 8/22	Ale Hernandez
Otras	08	Febrero	2023	Pfizer L FY1331 V-02-23	Ramirez
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

SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
MANCOMUNIDAD CUENCA DEL RIO SAN JUAN (MANCURIS)
RED DESCENTRALIZADA DE SERVICIOS DE SALUD



ORDEN DE ULTRASONIDO -

Fecha: 4/3/23

Nombre del Paciente: Maria Erlinda Perez

Edad: 33a

Nº Exp: 2465

Procedencia: Santa Cruz, Vamavonguila

Datos Clínicos: Px con FUM de 26/07/22 y FPP de 02/5/23. se realizó un USG el 27/04/23 que reporta FPP el día 27/04/23 y de 26 SG. Actualmente con AFU por encima del PQO.

Estudio Indicado:

USG Obstétrico

Observaciones:

Firma y Sello

Reporte del Estudio Realizado

54770. Ayuda Social a personas (transferencia de capital)

12



© 2008 ONE Distribuidor Exclusivo

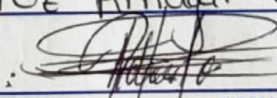
No. _____

DIA	MES	AÑO
17	03	2023

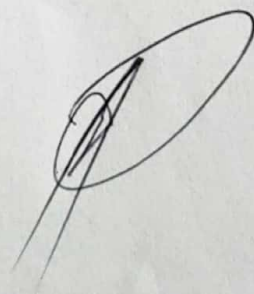
Por L. 1,000.

Recibí de: Coja Chica.
La Cantidad de: M41 Lempiras. Exactos. Lempiras
Por Cuenta de: Erick. Alberto perez Garcia. de la.
de Zacate Blanca Su padre. Roberto. Hernan.
perez Arriaga. Cel.

Sal. Ant. 1,000.
Abono _____
Saldo 1,000.


10161988 00 598

FIRMA



Zacate Blanco Yamaranguila fecha

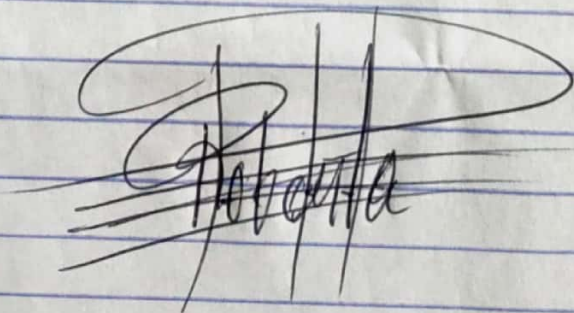
14 / 2 / 2023

Paso Alo sigiente A saludar A. Alcalde
Rumualdo Bejarano y A toda
su corporacion municipal y que tengan
muchos Exitos en sus Labores de trabajos
para el Bien Desarrollo del pueblo y de
nuestro municipio y que Dios Los Bendiga
con miles de Bendiciones sigan Adelante
Gracias La presente Paso Alo sigiente
A decirle que me Allude con ~~un~~ Insentibo no Insentibos
para el estudio De mi hijo en Bachillerato
llaque no contamos con todo La Economia
para el estudio de mi hijo pero si usted
nos Alluda Lo podemos Lograr Aciendo
Profecionales A para el bien A futuro
de nuestros hijos Esperamos nostome Encuentra
La presente y de Antemano quedaremos
Agradecidos Gracias

Firma la presente

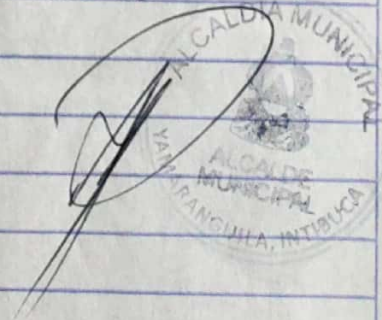
Roberto Hernan Pones Arriaga

con numero De I 10161988 00 598



Aprobado

L 4000 Caja
Chica



VALIDO HASTA: 31-12-2023



Firma y Sello del Alcalde

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

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Roberto Hernan Perez Arriaga
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 2023 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° 624369

Yamaranguila 14/02/2023
Lugar y Fecha



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Roberto Hernan Perez Amigues 33

No. Identidad: 1016198800598

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
13	10	88

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Zacate Blanco

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: Unps Zacate Blanco

Código del Establecimiento de Salud: 13102



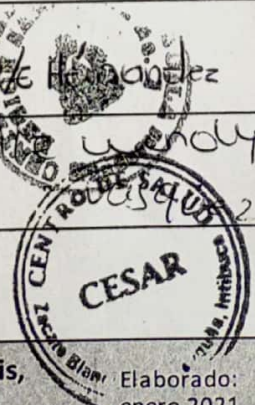
"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"

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	7	7	2021	moderna lote 039C21A Oct. 2021	Lic: Yent
Segunda dosis	4	8	2021	moderna lote 039C21A Oct 2021	A/E Iris Sanchez
Otras	04	08	2022	PFIZER lote=FP9681 v.09/22	Dr. Hernandez
Otras	08	Marzo	2023	PFIZER SEHA v.31/03/2023	Dr. Wendy
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



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	7	-	0	0	3	4	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 052 del tomo 00156 del Año 2007 y que pertenece a:

a) PEREZ Primer Apellido b) GARCIA Segundo Apellido
c) ERICK ALBERTO 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) VEINTITRES Día e) JULIO Mes f) 2007 Año

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

N. Identidad: 1016-1988-00598

a) PEREZ Primer Apellido b) ARRIAGA Segundo Apellido
c) ROBERTO HERNAN Nombre d) HONDUREÑA Nacionalidad

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

N. Identidad: 1006-1986-00128

a) GARCIA Primer Apellido b) MENDEZ Segundo Apellido
c) CORONADA Nombre d) HONDUREÑA Nacionalidad

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en YAMARANGUILA Municipio INTIBUCA Departamento

a los: TRES días del mes de MAYO

del DOS MIL VEINTIDOS

[Firma]
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
10 16
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL
YAMARANGUILA INTIBUCA
HONDURAS CA



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

Nombre: Erick Alberto Perez

No. Identidad: 1016200700349

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
23	7	07

Sexo: Hombre ☒ Mujer ☐

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Zacate Blanco

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: Zacate Blanco

Código del Establecimiento de Salud: 13102

"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	9	21	N:11-2021 Pfizer ff 2591	CESAR Zacate Blanco, Yamaranguila, Intibucá
Segunda dosis	28	10	21	Pfizer lot FH8021 v: 01/22	AE Zacate Blanco, Yamaranguila, Intibucá
Otras	24	05	22	Pfizer V9-27 lot: F17734	CESAR Zacate Blanco, Yamaranguila, Intibucá
Otras	08	Marzo	2023	Pfizer SEU17 v: 31/03/2023	AE Zacate Blanco, Yamaranguila, Intibucá
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



GOBIERNO DE HONDURAS
SECRETARÍA DE FINANZAS
CONTADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
CENTRO DE EDUCACIÓN MEDIA GUBERNAMENTAL LENCA
Yamaranguila, Intibucá
COMPROBANTE DE INGRESOS PARA CENTROS EDUCATIVOS

Nº 853174

Serie "U"

14 de 02 de 2023 LPS. 20.00

La Tesorería General del Instituto CERTIFICA que el Erick Alberto Perez G
Ha enterado a esta Oficina la suma de: Son veinte lps exentos

Por concepto de Ingresos de:

- ☐ Matrícula
- ☐ Extensión De Título
- ☒ Certificaciones De Estudio
- ☐ Certificaciones de Conducta
- ☐ Exámen Del Himno Nacional
- ☐ Copia Exámenes
- ☐ Alquiler Para Cafeterias
- ☐ Otros

- ☐ Camisetas y Monogramas
- ☐ Aportaciones Padres De Familia
- ☐ Materia Retrasada
- ☐ Alquiler De Toga
- ☐ Venta De Bienes Y Servicios
- ☐ Actas
- ☐ Alquileres Varios
- ☐ Certificaciones De Trabajo y Constancias
- ☐ Acta de Graduación

ENTERANTE

Original: Oficina Recaudadora
Primera copia: Gerencia administrativa
Segunda copia: Enterante
Tercera Copia: Auditoria Interna de la Institución.

RECEPTOR DE FONDOS

Artículo 2o. Los Recibos Entregados En Otra Forma No Tendrán Validez Para Los
Efectos de Fiscalización, y se Considerará como no Entregado el Valor que
Presenten con Respecto al Enterante. (Decreto Legislativo No. 56 del 5 de Marzo de 1909)
10 Tal. Del 852,951 al 853,450 Elab. 7 de Mayo del 2022



CM-00 10 101600047M05-2023-Dirección
CEMG "Lenca"

CONSTANCIA DE MATRICULA

La Suscrita Directora del Centro de Educación Media Gubernamental "Lenca" con código 101600047M05, del municipio de Yamaranguila, Departamento de Intibucá, CERTIFICA: Que según Consta en el respectivo Libro de Registro que obra en el archivo de esta oficina: Erick Alberto Perez Garcia Con RNE 1016-2007-00349, se encuentra matriculado (a) en este Centro Educativo como alumno (a) de Decimo Grado de - Bachillerato Técnico Profesional en Promoción Social - y Desarrollo Comunitario - Sección Unida - Jornada Matutina.

En fe de lo cual se extiende la presente en el municipio de Yamaranguila, departamento de Intibucá a los Catorce días del mes de Febrero de dos mil veintitres.



Licenciada: Teresa de Jesús Meza Pineda
Directora

CERTIFICACION DE ESTUDIOS

La Suscrita Secretaria del Centro de Educación Media Gubernamental "LENCA" con Código 101600047M05, del municipio de Yamaranguila, departamento de Intibucá CERTIFICA: Que según consta en el respectivo Libro de Registro que obra en el archivo de esta oficina: **ERICK ALBERTO PEREZ GARCIA**, con R.N.E. • 1016200700349, concurrió al establecimiento como alumno del III Ciclo de Educación Básica Orientado a la Producción Agroforestal, habiendo obtenido las siguientes calificaciones:

AÑO 2019.- PROMOCION ANUAL.- SEPTIMO GRADO.- SECCION UNO.- JORNADA MATUTINA.

Nº	ASIGNATURA	PROMOCION	RECUPERACION
1.	ESPAÑOL	76% SATISFACTORIO	
2.	CIVICA	76% SATISFACTORIO	
3.	INGLES	77% SATISFACTORIO	
4.	ESTUDIOS SOCIALES	74% SATISFACTORIO	
5.	ARTISTICA	73% SATISFACTORIO	
6.	EDUCACION FISICA	83% MUY SATISFACTORIO	
7.	MATEMÁTICAS	72% SATISFACTORIO	
8.	CIENCIAS NATURALES	65% INSATISFACTORIO	84% MUY SATISFACTORIO
9.	TECNOLOGIA	68% INSATISFACTORIO	79% SATISFACTORIO
10.	AGROFORESTERIA	78% SATISFACTORIO	
11.	EDUCACION AMBIENTAL	80% SATISFACTORIO	
12.	ORIENTACION FORESTAL	77% SATISFACTORIO	

AÑO 2020.- PROMOCION ANUAL.- OCTAVO GRADO.- SECCION DOS.- JORNADA MATUTINA.

Nº	ASIGNATURA	PROMOCION	RECUPERACION
1.	ESPAÑOL	89% MUY SATISFACTORIO	
2.	CIVICA	86% MUY SATISFACTORIO	
3.	INGLES	93% AVANZADO	
4.	ESTUDIOS SOCIALES	85% MUY SATISFACTORIO	
5.	ARTISTICA	98% AVANZADO	
6.	EDUCACION FISICA	83% MUY SATISFACTORIO	
7.	MATEMÁTICAS	74% SATISFACTORIO	
8.	CIENCIAS NATURALES	83% MUY SATISFACTORIO	
9.	TECNOLOGIA	92% AVANZADO	
10.	AGROFORESTERIA	82% MUY SATISFACTORIO	
11.	EDUCACION AMBIENTAL	76% SATISFACTORIO	
12.	ORIENTACION FORESTAL	82% MUY SATISFACTORIO	

AÑO 2021.- PROMOCION ANUAL.- NOVENO GRADO.- SECCION UNO.- JORNADA MATUTINA.

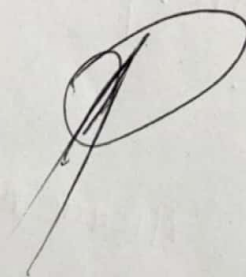
Nº	ASIGNATURA	PROMOCION	RECUPERACION
1.	ESPAÑOL	77% SATISFACTORIO	
2.	CIVICA	80% SATISFACTORIO	
3.	INGLES	70% SATISFACTORIO	
4.	ESTUDIOS SOCIALES	72% SATISFACTORIO	
5.	ARTISTICA	87% MUY SATISFACTORIO	
6.	EDUCACION FISICA	81% MUY SATISFACTORIO	
7.	MATEMÁTICAS	70% SATISFACTORIO	
8.	CIENCIAS NATURALES	78% SATISFACTORIO	
9.	TECNOLOGIA	76% SATISFACTORIO	
10.	AGROFORESTERIA	77% SATISFACTORIO	
11.	EDUCACION AMBIENTAL	70% SATISFACTORIO	
12.	ORIENTACION FORESTAL	72% SATISFACTORIO	

Y para los fines que al interesado convenga se le extiende la presente en Yamaranguila, Intibucá a los catorce días de mes de febrero del dos mil veintitres.


 Licda. Claudia Isabel Bueso Aguilar
 Secretaria


 Licda. Teresa de Jesús Meza Pineda
 Directora

No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <u>800.</u>
	17	03	2023	
Recibí de: <u>Caja Checa</u>				
La Cantidad de: <u>Ochocientos Exactos</u> Lempiras				
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud a la Señora</u>				
<u>Maria Nieves Rodriguez Sanchez de la</u>				
<u>Comunidad Porvenir Oboas</u>				
<u>Cel. 96-57-75-29</u>				
<u>Maria Nieve Rodriguez Sanchez</u>				
FIRMA				
<u>1016-1089-00706</u>				
Sal. Ant. <u>800</u>				
Abono _____				
Saldo <u>800.</u>				



3410. Ayuda Social a personas (Transferencia de Capital)

Solicitud

17

27 de febrero de año. 2023.

El Porvenir Oloas Yamaranguila

Señor alcalde Rómulo Bejarano

Reciba un cordial saludo Junto con toda su corporación y de mas organizaciones

El motivo de la presente es para solicitarle que si por su digno medio me puede ayudar con 1000 Lps para acermé un extrasonido que no tengo dinero ahorita para poderme lo acer por estar mal de salud espero su respuesta pronto le agradecere mucho si me toma en cuenta mi solicitud

Ate~~nta~~mente,

Maria Nieves Rodriguez Sanchez
1016 1989 00706



Jose E. Vasquez

TLe 96-57-15-29.

Septor Salud
1.8,000

No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <u>1,000.</u>
	17	03	23,	
Recibí de: <u>Caja chica.</u>				
La Cantidad de: <u>Mil. Lempiras Exactos.</u> Lempiras				
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud. a la Señora</u>				
<u>Berta Rosa. Ramos. de la Comunidad de</u>				
<u>Corrizal Semane. Celv.</u>				
<u>99-49-07-58.</u>				
<u>Berta Rosa Ramos</u>				
10/6 1985 FIRMA				
Sal. Ant. <u>1,000.</u>				
Abono <u>—</u>				
Saldo <u>1,000.</u>				

© 1985 One Distribuidor Exclusivo de Honduras

34110- Ayuda Social a personas (Transfencia de capital)



Solicitud

Larrazal Semane, Yamaranguila . 17/03/23

Para: Señr. alcalde Mpal

Ing. Rumualdo Bejarano R.

Reciban un caluroso y respetuoso Saludo, deseándole que el divino Creador derrame bendiciones en sus vidas.

Por medio de la Presente me dirijo a usted y su Corporación Para que me Puedan ayudar en la parte economica.

Ya que el medico me diagnostico un Problema de Salud, y me dio una referencia Para ir donde el ginecologo. Para que me haga unos exámenes. y según los resultados de dichos exámenes. me toca Comprar el medicamento. La Cantidad que necesito es de L. 3,500.⁰⁰.

Espero me de una respuesta Positiva De antemano le agradecere Por su Valiosa Colaboracion, Para el gran beneficio de mi Salud y Para Constar firmo.

ple pto.



Rumualdo Bejarano R.

Solicitante

Berta Rosa Ramos

Aprobación
L. 1.000
Dep. de Salud
17/03/2023





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Berta Rosa Ramos

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2023 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° 625232

Yamaranguila 17/03/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA:

31-12-2023



Firma y Sello del Alcalde



República de Honduras Carnet de Vacunación COVID-19

SECRETARÍA DE SALUD

Nombre: Bertha Rosa Ramos

No. Identidad: 1016198500811

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
09	08	85

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: Carrietal

Número Teléfono/ Celular: _____

Nombre del Establecimiento de Salud: _____

Código del Establecimiento de Salud: 11924

"Vacúnate contra la COVID-19 y sigue protegiéndote"



PAI

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	12	08	21	Moderna lot 063021A V: NOV 21	Lic Sonia
Segunda dosis	09	09	21	Moderna lot 063021A V: NOV 21	Lic Garay
Otras	06	01	21	Pfizer lot FJ8758 V: 2-22	A/1/2021/11
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



Dr. Melvin Daniel Nolasco Ramos

MEDICO ESPECIALISTA GINECOLOGIA Y OBSTETRICA
COLPOSCOPIA Y ULTRASONOGRAFIA

NUESTRO COMPROMISO ES TU SALUD



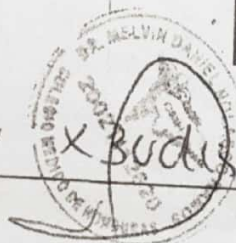
Paciente Berta Rocio Rame Edad: 31 años Fecha: 9/03/2023

Doxa - Neuroxin 1 Ampullo Inj
C/20ml 30ml.

Hioscina 10ms 1tbla a la vez

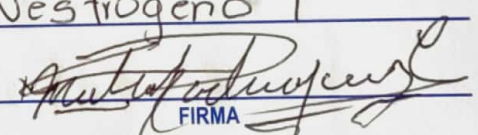
Ubicado en Barrio el Way, Calle Entre Gasolinera Texaco y Universidad
Pedagógica, contiguo a Supermercado Nolasco
Intibucá, Intibucá Honduras C.A.

TEL: 98388693, 2783-1000

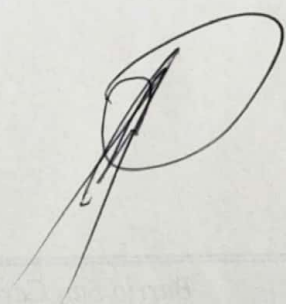


Dr. NOLASCO



No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. 425.00			
	17	Marzo	2023				
Recibí de: <u>Alcaldia Municipal de Yamaranguila</u>							
La Cantidad de: <u>Cuatrocientos veinticinco.</u>				Lempiras			
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social para la niña Lethia</u>							
<u>Lethicia Rodriguez Manueles para compra</u>							
<u>Nestrogeno 1</u>							
<table border="1"> <tr> <td>Sal. Ant. _____</td> </tr> <tr> <td>Abono _____</td> </tr> <tr> <td>Saldo _____</td> </tr> </table>					Sal. Ant. _____	Abono _____	Saldo _____
Sal. Ant. _____							
Abono _____							
Saldo _____							
 FIRMA							

9528-2266



54710. Ayuda Social a personas (Transferencia de capital).

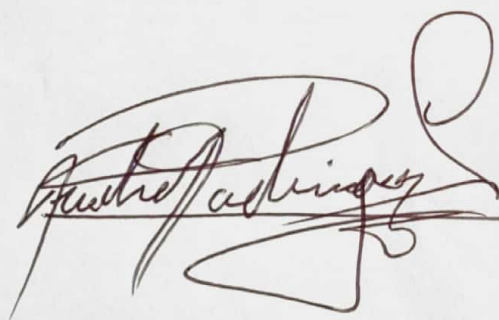
Salicited.

h

San Isidro Yamaranguila.

Para el señor Alcalde: Romulo Bejarano
De Maria Leticia. Manoles.- 1016-1984-00446.
Fecha: Viernes 17/marzo/2023.

El Motivo es de Ratificar la salicited
Que presento La señora Maria Leticia. manoles.
Por el manchon Que presenta en la.
Salicited anterior. Ratificamos. y firmamos.
De ante mano le agradecemos.



Solicitud

Fecha: / /

San Isidro Yamaranguila

Para Señor Alcalde: Romualdo Bejarano

De: Maria Leticia Manueles - 1016-1984-00446

Fecha: Viernes 10/marzo/2023

Apreciable Señor Alcalde Municipal de Yamaranguila
Señor: Romualdo Bejarano y Corporación de
Trabajo, Reciban un Saludo muy especial
deseándole bendiciones de Dios en todas sus
Labores.

El motivo de la Presente Solicitud es para
Pedirle su apoyo economico, ya que estoy muy
mal de salud y necesito ser intervenida en
una operacion ya que los exámenes, revelan
que Tengo, quistes en el pancreas y no cuento con
los recursos necesarios, Por tal motivo he recurrido
a usted.

Espero su respuesta Positiva.

"Bendiciones de Dios"

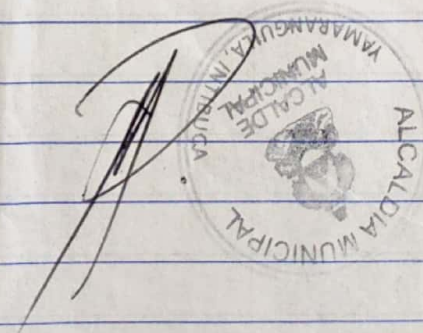
Atte

Maria Leticia Manueles

1016-1984-00446



Aprobación
Ayuda Leche
1 Lata Leche.
Atte NAN 1.



AS

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

 **NOMBRE / FORENAME**
MATEO
APELLIDO / SURNAME
RODRIGUEZ LORENZO
FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER**
21-09-1976 **1016 1976 00414**
NACIONALIDAD / NATIONALITY **FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY**
HND **21-09-2031**
LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

Mateo Rodriguez

RNP

DOMICILIO / ADDRESS
YAMARANGULA
INTIBUCA

3400d00005311693

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HNDOO63837564<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
7609217M3109214HND<<<<<<<<<<<<<<<6
RODRIGUEZ<LORENZO<<MATEO<<<<<<<



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Mateo Rodríguez Moreno

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° 625062

Yamaranguila 17/03/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



[Firma]
Firma y Sello del Alcalde

15



ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Maria Leticia Morales

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al
año 2023 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° 624505

Yamaranguila 03/02/2023

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2023



Firma y Sello del Alcalde

Nombre: Mario Leticia Manobels

No. Identidad: 1 0 1 6 7 9 8 4 0 0 4 4 6

No. Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año
13	06	1984

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☒

Profesión/ocupación: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección de Residencia: San Isidro

Número Teléfono/ Celular: 9924 0703

Nombre del Establecimiento de Salud: CS Yamaranguila

Código del Establecimiento de Salud: 1 6 1 9

"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	NOV.	2021	Pfizer Lot: FH8024 FV. 11/22	AE Amador
Segunda dosis	7	12	21	Pfizer Lot: FJ1613 V 2/22	AE Hernandez
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

FECHA, 24/02/23

Nombre y apellido del paciente: María Leticia Manueles.

Edad: 37 años.

Motivo de referencia: Dolor Abdominal. Antecedente de cirugía por de pseudoquiste pancreático.

Médico o Instituto que lo refiere: HEAC.

ECOSONOGRAMA ABDOMINAL

Se practica estudio con EQUIPO SONOSCAPE P60, transductor convex de 3,5MHz por vía transabdominal.

Hígado: De tamaño, forma, contornos, posición y ecogenicidad normal sin lesiones focales ni difusas de su parénquima.

La vía biliar: Extrahepática e intrahepática es de calibre normal.

Vena porta: Con un diámetro 0.8cm.

Vesícula biliar: Distendida, con medidas de 7.3x2.4cm, sin evidencia de litos en su interior, paredes vesiculares finas, sin edema periórgano.

Páncreas y Bazo: Páncreas no evaluable ya que se encuentra desplazado. Bazo de forma, tamaño y ecogenicidad normal, sin lesiones quísticas ni tumorales.

Glándulas suprarrenales: Suprarrenales no se aprecian anormalidades ni signos de lesión ocupantes de espacio.

Riñón derecho: Es de forma, tamaño y situación normal con medidas de 9.3x5.3cm de bordes lisos. Sin lesiones quísticas o sólidas. Parénquima que mide 0.10cm con ecogenicidad homogénea. Relación cortico-medular conservada. **Seno renal sin litiasis ni dilatación.**

Riñón izquierdo: Es de forma, tamaño y situación normal con medidas de 9.5x5.4cm bordes lisos. Sin lesiones quísticas o sólidas. Parénquima que mide 0.10cm con ecogenicidad homogénea. Relación cortico-medular conservada. **Seno renal sin litiasis ni dilatación.**

Colon: Desplazando asas gruesas y delgadas se observa gran masa quística, encapsulada, paredes finas, bordes lisos, avascular, con abundante celularidad en su interior, se extiende desde epigastrio hasta hipogastrio, desplazando todos los órganos. Medida aproximada de 19.9x24.7x25.7cm con un volumen de 6,647.53cc.

Vejiga: Distendida, sin engrosamientos patológicos de sus paredes, sin ecos intraluminales.

Útero: De anatomía normal, en antroversion flexion endometrio lineal.

Ovario derecho: No se logra visualizar.

Ovario izquierdo: Pequeño quiste simple con medida de 2.3x2.2cm.

No preciso líquido libre en cavidad.

Conclusión:

1. Probable quiste mesentérico.
2. Quiste simple de ovario izquierdo.
3. Páncreas no evaluable por este abordaje, ya que se encuentra desplazado, sin embargo, en los estudios de imágenes previas (resonancia magnética abdominal) reporto, no se trata de un pseudoquiste pancreático.
4. No se visualiza litiasis vesicular.
5. No se precisa líquido libre en cavidad.

Correlacionar con la clínica y exámenes de laboratorio.

Dra. Andrea Vargas

Médico Radiólogo



REFERENCIA/RESPUESTA						REFERENCIA RESPUESTA
SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	SEXO	EDAD		
Maria	Leticia	Manueles	1. HOMBRE ☐	37		1. AÑOS ☒
			2. MUJER ☒			2. MESES ☐
						3. DÍAS ☐
						4. HORAS ☐
ID/N. EXPEDIENTE:	1016 1984 00446		TELÉFONO/MÓVIL:			
ALDEA/CASERIO/BO./COL.			MUNICIPIO:		DEPTO.:	
PERSONA RESPONSABLE:			TELÉFONO/MÓVIL:			
MOTIVO DEL ENVÍO:	☐ DIAGNÓSTICO	☐ TRATAMIENTO	☒ SEGUIMIENTO	☐ REHABILITACIÓN		
RESUMEN DE DATOS CLÍNICOS:						
Paciente que con historia de dolor abdominal de inicio súbito localizado en hipocóndrio derecho e irradiado a mesogastrio sin atenuantes ni exacerbanes; refiere que hace 1 mes comenzó a notar crecimiento de abdomen sin presentar otra sintomatología y que en junio de 2022 ya había sido hospitalizado en HEU. Se refiere con servicio de Cirugía-Gastro para evaluación y manejo por ser paciente ya conocida						
SIGNOS VITALES: PA: 120/70	FR: 18 /M	FC: 73 /M	PULSO: 73 M	T: 37 °C	TALLA:	PESO: 75 KG
EMBARAZADA: FCF: /	R/N APGAR: /	PC: /CM	SO2: 97%			
RESULTADOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:						
USG abdominal: Probable quiste mesentérico con medidas aproximadas 19.9 x 24.7 x 25.7 cm con volumen de 6,647.53cc						
TRATAMIENTO APLICADO:						
No se aplicó						
DIAGNÓSTICO DE REMISIÓN:						EVALUACIÓN DE RIESGO:
① Probable quiste mesentérico						☐ CON RIESGO
						☒ SIN RIESGO
RECOMENDACIONES:						
Evaluación y manejo por servicio de Gastro-Cirugía						
REFERIDO O RESPONDE:	☒ UAPS	☐ CIS	☐ P.CLÍNICO	☐ II NIVEL	ESPECIFIQUE:	
AMERITA ATENCIÓN EN:	☒ CONSULTA EXTERNA	☐ EMERGENCIA		☐ HOSPITALIZACIÓN		
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE REFIERE O RESPONDE:				NOMBRE DEL SERVICIO AL QUE SE REFIERE O RESPONDE:		
HEU				Gastro / Cirugía		
SE CONTACTO AL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REMITE O RESPONDE				NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA CONTACTADA:		
☐ SI	☒ NO	ESPECIFIQUE:				
REFERENCIA O RESPUESTA:	PERTINENTE:	SI ☐	NO ☒	ADECUADA:	SI ☐	NO ☒
FECHA:	REFERENCIA O RESPUESTA POR:			NECESIDADES DEL PACIENTE		
24 / 2 / 23	☒ MÉDICO GENERAL	☐ MÉDICO ESPECIALISTA		AMERITA AMBULANCIA	☐ SI	☒ NO
HORA: 11 : 00	☐ ENFERMERA	☐ AUXILIAR	☐ OTROS	AMERITA ENFERMERA	☐ SI	☒ NO
FORMATO EN 24 HRS	☐ PROMOTOR	ESPECIFIQUE:		AMERITA EXONERACIÓN	☐ SI	☒ NO
DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA LA REFERENCIA O RESPUESTA						
NOMBRE COMPLETO FIRMA Y SELLO (QUIEN REALIZA)				NOMBRE, FIRMA Y SELLO (QUIEN APRUEBA)		

Venta de Abarrotería en General

Católica, Yamaranguila, Intibucá, Honduras, C.A

Contado ☒

DIA	MES	AÑO
22	03	2023

Tel.

[illegible]

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

FACTURA

000-001-01-00 No 005047

Original: Cliente Copia 1: Obligado Tributario Emisor

Firma

39100, elementos de limpieza y aseo personal,

Elementos de Limpeza, para uso pessoal de cada departamento Municipal. Como ser Papel Higienico.