

**REPORTE DE ORDENES DE COMPRA DE CAJA CHICA  
MES DE NOVIEMBRE 2023**

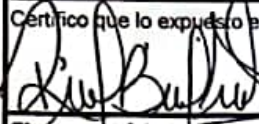
		10,000.00	Teléfono:	
Funcionario: Rosibel Barralaga Aleman		Identificación:		1505-1990-00714
Puesto: Secretaria		Campus:		
Organización		Fondo:		10,000.00
Programa:		Email:		
N°	Fecha	Proveedor	Concepto	Monto
1	22/11/2023	Inversiones Emmanuel	Compra de talonario para cobro de patrocinio de la feria patronal.	L.250.00
2	10/11/2023	Maria Adeli Hernandez Munguia	Ayuda social para ir al Hospital San Francisco de Juticalpa ya que me encuentro mal de salud	L.800.00
3	6/11/2023	Cafeteria Granja de Oro	Compra de café para reunion con el comité de transparencia.	L.450.00
4	28/11/2023	Estacion De Servicios Culmi	Compra de gasolina para el motor municipal	L.500.00
5	17/11/2023	Bodega Limar	Compra de dos botellones de agua para la municipalidad.	L.74.00
6	3/11/2023	Lilian Zulema Martinez Torres	Ayuda social para poder llevar su hijo al hospital Escuela a Tegucigalpa ya que su hijo presenta una enfermedad y se encuentra delicado de salud y no cuenta con fondos economicos para poder trasladarme.	L.800.00
7	22/11/2023	Ferreteria Eduard	Compra de un spray rojo uso del departamento de la UMA.	L.50.00
8	15/11/2023	Estacion De Servicios Culmi	Compra de gasolina para viajar a Catacamas.	L.500.00
9	20/11/2023	Bodega Limar	Compra de insecticidas mirex para el control de plagas en el parque municipal.	L.150.00
10	8/11/2023	Motorepuestos Chicago	compra de aceite para cambio de la motocicleta y hacer entrega de notas de cobro n negocios de nuestro municipio	L.250.00
11	15/11/2023	Abarroteria Jose	compra de merienda para fuerzas vivas de nuestro municipio.	L.245.00
12	23/11/2023	Inversiones Delisabor	Convivio de los empleados	L.700.00
13	16/11/2023	Abarroteria Jose	Compra de merienda para reunion y convivio de fuerzas vivas de nuestro municipio.	L.185.00
14	20/11/2023	Blanca Lidia Perez	Ayuda social para transportarme a la ciudad de catacamas a realizar unos exámenes medicos a mi epsoso al hospital catolico santo hermano	L.500.00
15	20/11/2023	Sureca	Compra de copa de aprieta de cuchillas de la chapeadora de la Uma.	L.95.00
16	27/11/2023	Ferreteria Eduard	Compra de un disco de metal para el departamento de la Uma.	L.77.00
Compras de satin para decoracion de la				

Total Liquidación (monto en letras):

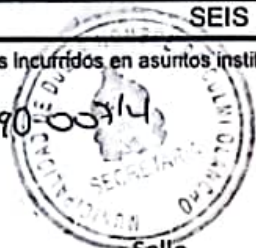
SEIS MIL VEINTIUNO LEMPIRA EXACTOS

LPS.6,021.00

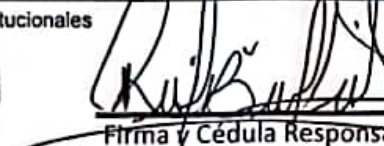
Certifico que lo expuesto es una relación de gastos incurridos en asuntos institucionales

  
Firma y Cédula Encargado

7505-1990-0074



Sello  
Unidad

  
Firma y Cédula Responsable

7505-1990-0074



Funcionario que Recibe:

Fecha: 30/11/2023

Nota:

Toda Factura debe venir Firmada y Sellada por el encargado o el responsable.

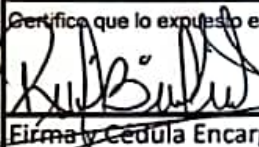
Total Liquidación (monto en letras): SEIS MIL VEINTIUNO LEMPIRA EXACTOS LPS.6,021.00

Suma a Reintegrar:

SEIS MIL VEINTIUNO LEMPIRA EXACTOS

LPS.6,021.00

Certifico que lo expuesto es una relación de gastos incurridos en asuntos institucionales

  
Firma y Cédula Encargado

7505-1990-0074



Sello  
Unidad

  
Firma y Cédula Responsable

7505-1990-0074



Funcionario que Recibe:

Fecha: 30/11/2023


# INVERSIONES EMMANUEL

Prop. Dolores Ercilia Aguiriano Molina  
 B°. El Centro, Contiguo a D'SABORES, Dulce Nombre de Culmi, Olancho  
 Celular.: 9724-6709 E-mail: doloresaguiriano2019@gmail.com  
 R.T.N.: 15031947000897

C.A.I.: 29D0BB-EBB036-8D4186-A8B2A3-100E81-AB

Fecha 22/11/23 R.T.N. Cliente: 5059002465450  
 Señor (es): Municipalidad Culmi  
 Dirección: B° El Centro  
 CONTADO  CRÉDITO

IMPREPLUS. CERTIFICADO No. 9231-21-10500-73 Tel.: (504) 3291-5349, R.T.N. 07031983003639

CANT.	DESCRIPCIÓN	UNITARIO PRECIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORG	TOTAL
1	Taleros			25.00
1	Cuchara unico			125.00
1	Cuchara unico M.			100.00
				
		TOTAL		

"La Factura es beneficio de todos, "Exijala"

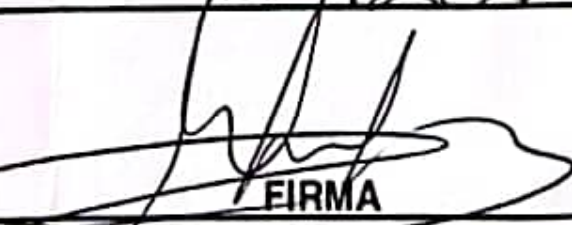
FACTURA **Nº 0006133**  
 000-001-01-0  
 000-001-01-00005651 - 000-001-01-00006250

Valor en Letras Lps: Doscientos cincuenta exactos

N° Orden/C. Exenta  
 N° Registro Exonerado  
 N° Registro de la SAG

ORIGINAL: CLIENTE COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR  
 FECHA LIMITE: 06/01/2024 PN

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 L.	250.00

  
**FIRMA**



## Solicitud de Ayuda Social

Fecha: 10 / 11 / 2023

Yo Maria Adeli Hernandez Munguia

Número de Identidad: 1505-1968-00046

Con dirección domiciliaria en: El Zopilote

Solicito ayuda para:

Ir al Hospital San Francisco de  
Juticappa ya que me encuentro mal  
de salud y no tengo los recurso  
para viajar.

Maria Hernandez

Firma



*Autorizo  
800.00 yps  
exactos  
Bessy Apurillar  
13-11-23.*



## SOLICITUD

Vairon Juárez

13/11/2023

Alcalde Municipal

Estimado alcalde:

Reciba un cordial y afectuoso saludo de mi persona **María Adeli Hernández Munguía** con DNI: **1505-1968-00046** a la vez desearle éxitos en sus tan delicadas funciones diarias que realiza en bien de nuestro municipio.

De la manera más atenta me dirijo a usted para solicitarle una ayuda económica ya que me encuentro mal de salud y internada en el hospital san francisco de la ciudad de Juticalpa y mi familia no cuenta con los recursos económico suficiente le agradeceré mucho Dios les Bendiga

De antemano le agradeceré su colaboración.

Att.

María Hernández

María Adeli Hernández

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO  
HOJA DE ALTA DE INTERNAMIENTO

Responsable Admisión:  
/SeydaM



PG-GCINT-002

1er Apellido	2do Apellido	Nombres	Edad	Sexo	N° Expediente / ID
HERNANDEZ	MUNGUA	MARIA ADELI	55 Años	1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input checked="" type="checkbox"/>	516,171
Servicio		Sala		Cama	
Ingresado por MEDICINA INTERNA		Fecha de Ingreso	MEDICINA DE MUJERES		Fecha de egreso
1. Emergencia <input type="checkbox"/> 2. Consulta externa <input type="checkbox"/>		Día: 14 Mes: 08 Año: 2023	Día: 17 Mes: 08 Año: 23		

Diagnóstico de ingreso Cirrosis hepática C hipertensión con Portal.

Resumen de expediente clínico Px con historia de 3 mes de evolución de aumento del diámetro abdominal, edema facial y en miembros inferiores. Se le hizo tratamiento con ranitidina, albumina, vit K, lactulosa, rifaximina, espironolactona. Se le realizó Rx de tórax que reporta micoidiopatía dilatada. Se hace USG abdominal reporta que hígado esta normal. venas subhepáticas dilatadas y liquido libre abdominal compatible con ascitis. Se solicita TAC Abdominal para confirmar los hallazgos de USG ya que la clínica no concuerda con el USG abdominal o repetir USG abdominal fuera de la institución. Paciente con soplo mitral pos. clínica se determina valvulopatía mitral, se solicita ecocardiograma pero px no puede costearlo. Px esta estable. sin signos de sangrado.

Exámenes USG Abdominal total 15/08/23 : Ascitis  
hemograma 19/08/23 : leucocitos 4.20 Hb: 10 Hto: 29  
TP: 19 seg TP 43  
química 14/08/23 : Na 140 K: 4.14 Cl: 100 ECG 14/08/23. Normal.

Tratamiento - Ranitidina 50 mg IV c/12h Furosemida 20mg IV q/d  
- Espironolactona 50 mg VO q/d Rifaximina 350 mg VO c/12h.  
lactulosa 15cc VO q/12h.

Diagnósticos finales 1) Hepatopatía crónica 2) Micoidiopatía dilatada en ICC GFIV  
3) Valvulopatía mitral. 4) Sospecha de hepatitis.

Recomendaciones 1) Alta consulta externa medicina interna  
Espironolactona 50 mg VO q/d Furosemida 20mg VO q/d  
Bisoprolol 2.5mg VO q/d lactulosa 15cc VO q/12h

Condiciones de alta:	Razón de alta:	Destino de alta:
<input checked="" type="checkbox"/> 2 1. Igual condición 2. Mejorado 3. Curado 4. Fallecido	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1. Alta médica 2. Alta exigida 3. Fuga 4. Referido	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1. A su domicilio 2. Atención primaria en salud 3. Consulta especializada 4. Morgue 5. Institución no sanitaria

Voto bueno  
D/ Sanchez  
Firma y sello del médico



Realizado fuera del hospital



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO  
SOLICITUD DE IMAGENOLOGIA



PG-GCIM-001

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: Mauro Adeli Hernandez

Nº DE IDENTIDAD: 1515 1968 00046 ESTUDIOS ANTERIORES: SI  NO

EDAD: 65 (A) M D SEXO: M (F) FECHA DE SOLICITUD: 16/08/23

SALA: Medicina Interna. Nº DE CAMA

RUTINA:  URGENTE:  HORA: 08:00am

DATOS CLINICOS: Pz con historia de 4 mes de aumento de volumen abdominal, edema en region facial y en miembros inferiores. Niega APP. Al examen fisico, circulación colaterales en abdomen, aumento de volumen abdominal, onda ascitica.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Hepatopatia cronica por ICC 6 F IV.

ESTUDIO SOLICITADO: USG Abdominal total

Diagnostico J. J. J. J.

NOMBRE DEL MEDICO QUE SOLICITA EL ESTUDIO Y Nº CODIGO FIRMA Y SELLO DEL MEDICO SOLICITANTE

HORA DE RECIBIDA LA SOLICITUD: HORA DE ENTREGA DE RESULTADOS:

FECHA DE ENTREGA DE RESULTADOS: MATERIAL UTILIZADO:

NOMBRE DEL TECNICO QUE REALIZA EL ESTUDIO:

INFORME RADIOLOGICO



FECHA Y HORA DEL INFORME

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

SECRETARÍA DE SALUD DE HONDURAS  
HOSPITAL GENERAL SAN FRANCISCO  
GESTION DE PACIENTES



SOLICITUD DE CITA PARA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Fecha de solicitud de cita: 11/08/23  Cita nueva  Cita Subsiguiente

PARA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE:

Pediatría  Medicina Interna  Ortopedia  Otorrinolaringología  Otras:  
Ginecología  Cirugía  Dermatología  Psiquiatría  Psicología

Nombre del paciente: Maria Adeli Hernandez N° Identidad 150519680046

Programar cita:  Preferente 1-15 días  Normal 16-60 días

Sello del médico: Dra Semilla

HOSPITAL SAN FRANCISCO

Fecha de Cita:  
**jueves, 16/noviembre/2023**  
Hora: 09:00 a. m.

Historia No. 1505196800046  
Ref. No. 516171  
MARIA ADELI HERNANDEZ MUNGUIA  
Tel: 97731809  
zopilote

Dr.(a): **Adalid Sanchez Baquedano**  
Médico Especialista en Medicina Interna

Consultorio: Preclinica 1

**Favor estar Media hora antes de la Cita**  
**Cel. 98569972**

Cita No. 540771  
F. Registro: 17/8/2023 denia



ALCALDIA MUNICIPAL  
**DULCE NOMBRE DE CULMI**  
Departamento de Olancho, Honduras  
Tel.: 2789-4282  
RTN: 1505-9246-5450



**RECIBO** No. 017858

POR LPS.

800.00

Recibí de la Municipalidad de Dulce Nombre de Culmí:

La cantidad de:

Ochocientos lempiras exactos.

Por concepto de:

Ayuda Social

Para uso de:

Viajar al hospital San Francisco de Juticalpa ya que se encuentra mal de salud.

Fecha:

10/11/2023

Nombre Completo:

María Adeli Hernández Munguía

Dirección:

El Zopilote

No. de Tel. o Cel.:

No. de Identidad:

1505-1968-00046

R.T.N.:

IMPRENTA HERNANDEZ, CATACAMAS, TEL. 2799-2753 RTN 08011960037088, CERTIFICADO No 9231211050026

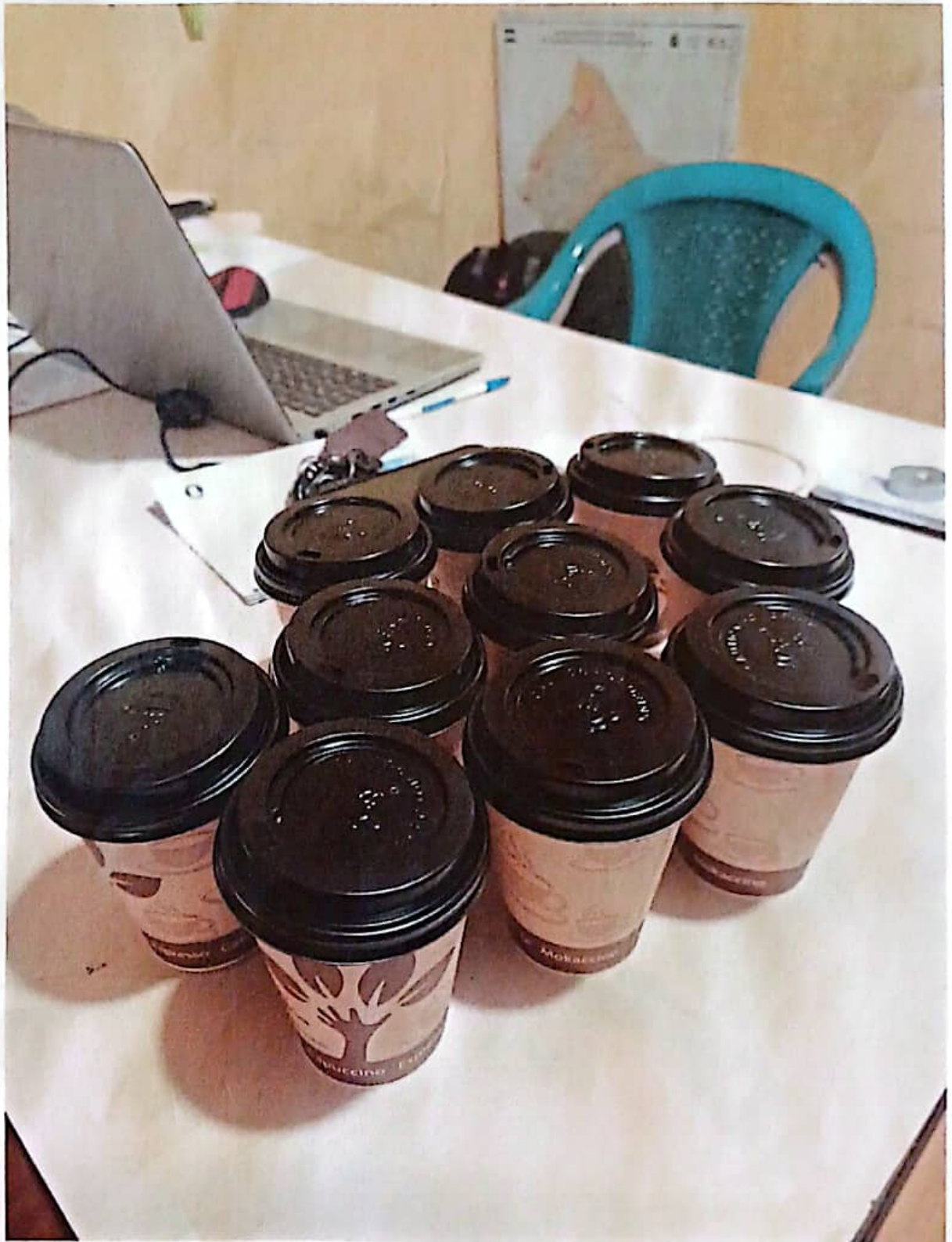
Nombre:

María Hernández

Firma:

M.H.





# ESTACION DE SERVICIOS

Prop.: Justo Rufino Muñoz  
 Barrio Buenos Aires, frente a la Posta Militar,  
 Dulce Nombre de Culmí, Olancho.  
 Tel.: 9937-2744 y 9674-0107, RTN: 15031960006563  
 Email: estacionculmi@yahoo.com

CONTADO   
 CREDITO

## VENTA DE COMBUSTIBLES

28 de noviembre de 2023

Señor: MUNICIPALIDAD

Dirección: Bo. El Centro

RTN: 15059002465450

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
	GASOLINA REGULAR			
	GASOLINA SUPER			500.00
	DIESEL			}
	KEROSENE			
	LUBRIFICANTES			



**FACTURA** TOTAL L. 500.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

000-001-01-00 **Nº 076626**

Datos del Adquiriente Exonerado:

Nº Correlativo de la Orden de Compra Exenta	
Nº Correlativo de la Constancia del Registro Exonerados	
Nº Identificativo del registro de la SAG	

Original: Cliente, Copia: Obligado Tributario Emisor, Copia: Archivo

CAI: 5936EA-42FE87-894383-D670FC-D2542E-DD  
 Fecha Límite de Emisión: 27/10/2024  
 Rango Autorizado: Del 000-001-01-00076201 al 000-001-01-00078600  
 Elaborados en Octubre 2023

Desc. y Rebajas Otorg. L.	}
Importe Exento L.	
Importe Gravado 18% L.	
Importe Gravado 15% L.	
I.S.V. 18% L.	
I.S.V. 15% L.	
Importe Exonerado L.	
<b>TOTAL A PAGAR L.</b>	<b>500.00</b>

elmer piñeda  
 FIRMA

Son: quinientos lempiras exactos  
 Imprenta Romero, Catacamas, Tel. 2799-2753 - C.T.N. 15011962003401, Certificado No. 9231-22-10500-106









## Solicitud de Ayuda Social

Fecha: 3 / 11 / 2023

Yo Lilian Zulma Martínez Torres

Número de Identidad: 7503-1988-00484

Con dirección domiciliaria en: Las Casitas

Solicito ayuda para:

Para poder llevar su hijo al hospital  
Escuela a Tequeigalpa ya que su hijo  
presenta una enfermedad y se encuentra  
debilado de salud y no cuentan con  
fondos económicos para poder trasladarlo.

LILIAN MARTINEZ

Firma





ALCALDIA MUNICIPAL  
**DULCE NOMBRE DE CULMI**

Departamento de Olancho, Honduras

Tel.: 2789-4282

RTN: 1505-9246-5450



**RECIBO** No. 017859

POR LPS.

800.00

Recibí de la Municipalidad de Dulce Nombre de Culmí:

La cantidad de:

Ochocientos Lempiras exactos

Por concepto de:

Ayuda Social

Para uso de:

Para trasladar a su hijo al hospital Escuela de Tegucigalpa ya que su hijo se encuentra mal de salud.

Fecha:

3/11/2023

Nombre Completo:

Lilian Zulema Martínez Torres

Dirección:

Los Casitas

No. de Tel. o Cel.:

No. de Identidad:

1503-1988-00484.

R.T.N.:

IMPRENTA HERNANDEZ, CATACAMAS, TEL. 2799-2753 RTN 08011960037088, CERTIFICADO No. 9231211050026

Nombre:

Lilian Martínez

Firma:

Lilian M.





SECRETARÍA DE SALUD  
**HOSPITAL CATÓLICO SANTO HERMANO PEDRO BETANCOURT**  
 REGIÓN SANITARIA N.º 15  
 CATACAMAS, OLANCHO.



REFERENCIA   
 RESPUESTA

CÓDIGO	SP AS AL 001
N.º DE FOLIOS	2
FECHA	20/08/2023

**REFERENCIA Y RESPUESTA**

Primer Apellido <b>Moldonado</b>	Segundo Apellido <b>Morfiner</b>	Nombre (s) <b>Selvin Eduardo</b>	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> MI
No de expediente <b>1503-2021-01373</b>	No de Identidad <b>1503-2021-01373</b>	Edad <b>20</b>	
Dirección <b>Do las Cositas</b>	Colonia <b>Do las Cositas</b>	Ciudad <b>Dulce Nombre de Ulupi</b>	Municipio <b>Olancho</b>
Departamento <b>Olancho</b>	Departamento <b>Olancho</b>	Teléfono <b>97758080</b>	
Correo Electrónico	Acompañante <b>Lilian Morfiner</b>	Parentesco <b>padre</b>	Dirección/Teléfono <b>97758086</b>
Nombre del Establecimiento que refiere/responde <b>HCSHPB</b>	Red <input checked="" type="checkbox"/> Unial Institución <input checked="" type="checkbox"/> SESAI <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Contratado <input type="checkbox"/> Gestor <input checked="" type="checkbox"/> Descentralizado <input type="checkbox"/>	Establecimiento que refiere o responde Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> <b>USHPB</b>
Motivo de envío	Diagnostico <input checked="" type="checkbox"/> Tratamiento <input checked="" type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/>		
Describa <b>Hematoquea</b>			
Signos y Síntomas principales: <b>Sangre roja</b>			
Resumen de datos clínicos: <b>Paciente refiere taca ± 8 meses presenta heces con sangre; escaso, en ocasiones observa "masa de carne" que reduce 0 horas del ano, rotando por el cual queda hoy en nuestro hospital. Además refiere buen estado general sin dolor de bajo vientre. tacto rectal palpamos zona rugosa, fody restos hemorroides; esfinter oral competente</b>			
Signos Vitales	PA: <b>90/60</b>	FR: <b>27</b>	P/FC: <b>72</b>
	TO: <b>36,6</b>	Peso: <b>41kg</b>	Talla: <b>92cm</b>
Datos Gineco Obstétricos: FUM	<b>N/A</b>	FPP: <b>N/A</b>	E: <b>-</b> P: <b>-</b> C: <b>-</b> HV: <b>-</b> HM: <b>-</b> O: <b>-</b> A: <b>-</b>
Cabeza: <b>Normocefalo</b>			
ORL: <b>normocefalo</b>			
Ojos: <b>normales no referen</b>			
Cuello: <b>normal</b>			
Tórax: <b>Coxa RR255</b>			
Abdomen: <b>abdomen RH21</b>			
Genitales: <b>normales</b>			
Extremidades: <b>Simétricas no edema pulso pleno</b>			
Neurológico: <b>Activo y consciente</b>			
Resultados de exámenes complementarios	Hgb: <b>10,4g/dl</b>	Hct: <b>28,00</b>	WBC: <b>8,200</b>
Impresión Diagnóstica	<b>Hct: 29,9% VCM: 77 fl HCM: 26 fl</b>		
Recomendaciones/observaciones:	<b>Suspecta de polipos rectales vs hemorroides Evolución por Gastroenterología pedida</b>		
Referido/Responde a: <input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input checked="" type="checkbox"/> Hospital, Especifique:	Amenita atención en: <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input checked="" type="checkbox"/> Otros, especifique:		
Nombre del Establecimiento al que se refiere o Responde: <b>HMEP</b>	Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta Dia: <b>13</b> Mes: <b>1</b> Año: <b>2023</b> Hora: <b>12:20</b>		
Se contactó al Establecimiento al que de remitirá o responderá: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No, Especifique:	Nombre y cargo de la persona contactada:		
Referencia/Respuesta elaborada por: <input checked="" type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería <input type="checkbox"/> Otro, Especifique:	Nombre, firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta: <b>[Firma]</b>		
Cita al servicio de: Dia Mes Año Hora:	Fecha y hora de recibo de la referencia o respuesta: Dia Mes Año Hora:		
Este campo es para ser llenado exclusivamente por el establecimiento de salud que recibe la referencia			
Referencia: Oportuna	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Justificado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



**NO SOLO QUEREMOS SER HOSPITAL, SINO CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD**











# ESTACION DE SERVICIO CULMÍ

Prop.: Justo Rufino Muñoz

Barrio Buenos Aires, frente a la Posta Militar,

Dulce Nombre de Culmí, Olancho.

Tel.: 9937-...744 y 9674-0107, RTN: 15031960006563

Email: estacionculmi@yahoo.com

CANTADO

CREDITO

## VENTA DE COMBUSTIBLES

15 de Noviembre de 2024

Señor: Alcaldía de Culmi

Dirección: Bº El Centro

RTN: 15059002465450

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
	GASOLINA REGULAR			
	GASOLINA SUPER			500
	DIESEL			f
	KEROSENE			
	LUBRICANTES			
<b>FACTURA</b>				TOTAL L. <b>500</b>

LA FACTURA ES BENEFICIO DE **TODOS UNOS**

000-001-01-00 **Nº 081225**

Datos del Adquiriente Exonerado:

No. Correlativo de la Orden de Compra Exente:	
No. Correlativo de la Constancia del Registro Exonerado:	
No. Identificativo del registro de la SAC:	

Original: Cliente, Copia: Obligado Tributario Emisor, Copia: Archivo

CAI: 6B1F27-23877A-2F4480-A2574D-0132C9-0B

Fecha Límite de Emisión: 16/01/2025

Rango Autorizado: Del 000-001-01-00078601 al 000-001-01-00081600

Elaborados en Enero 2024

Desc. y Rebajas Otorg L.

Importe Exento L.

Importe Gravado 18% L.

Importe Gravado 15% L.

I.S.V. 18% L.

I.S.V. 15% L.

Importe Exonerado L.

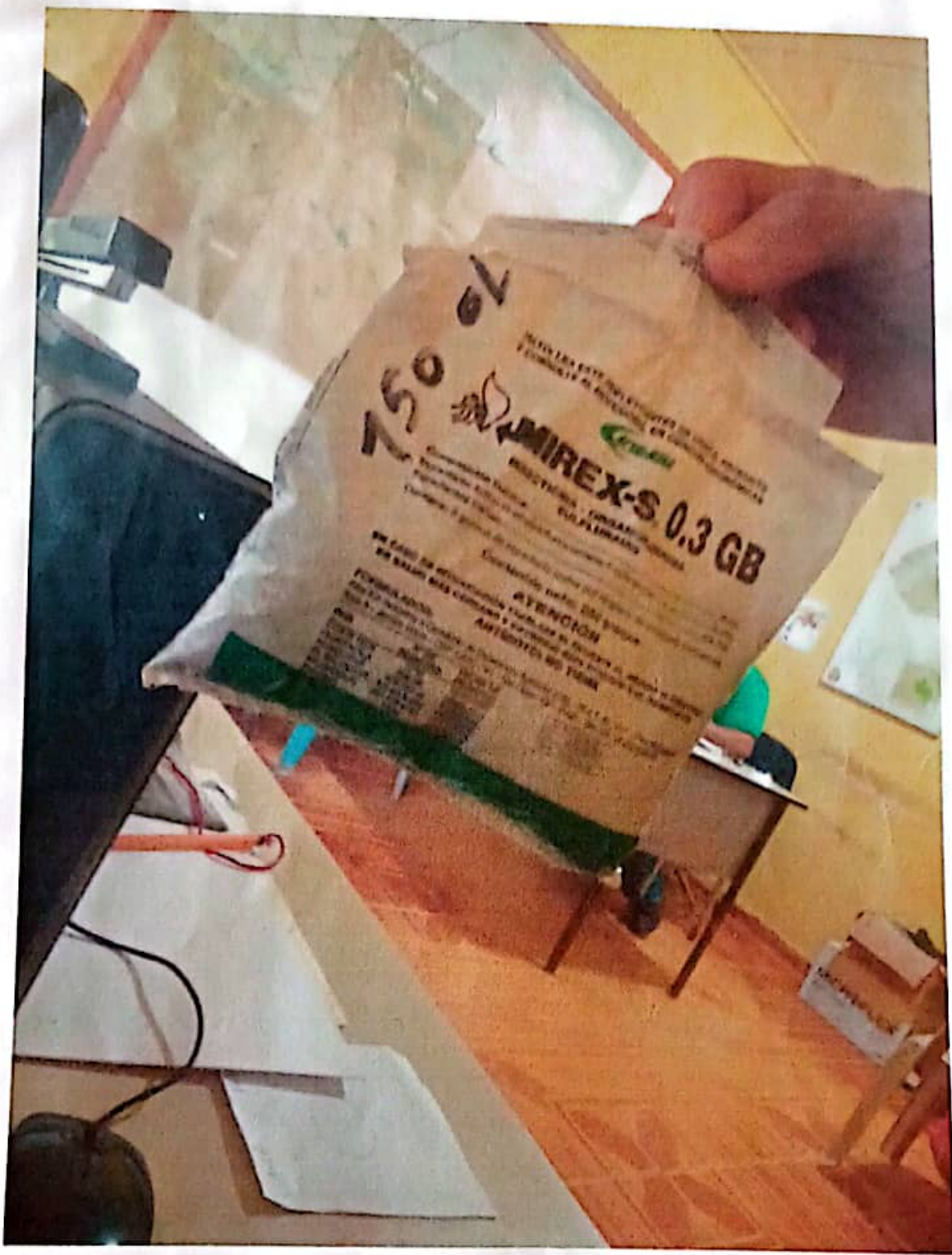
TOTAL A PAGAR L. **500**

  
FIRMA

Son:







750 07

ESTE PRODUCTO CONTIENE UN COMPONENTE  
FUNGICIDA DE ALTO RIESGO DE CONTAMINACIÓN



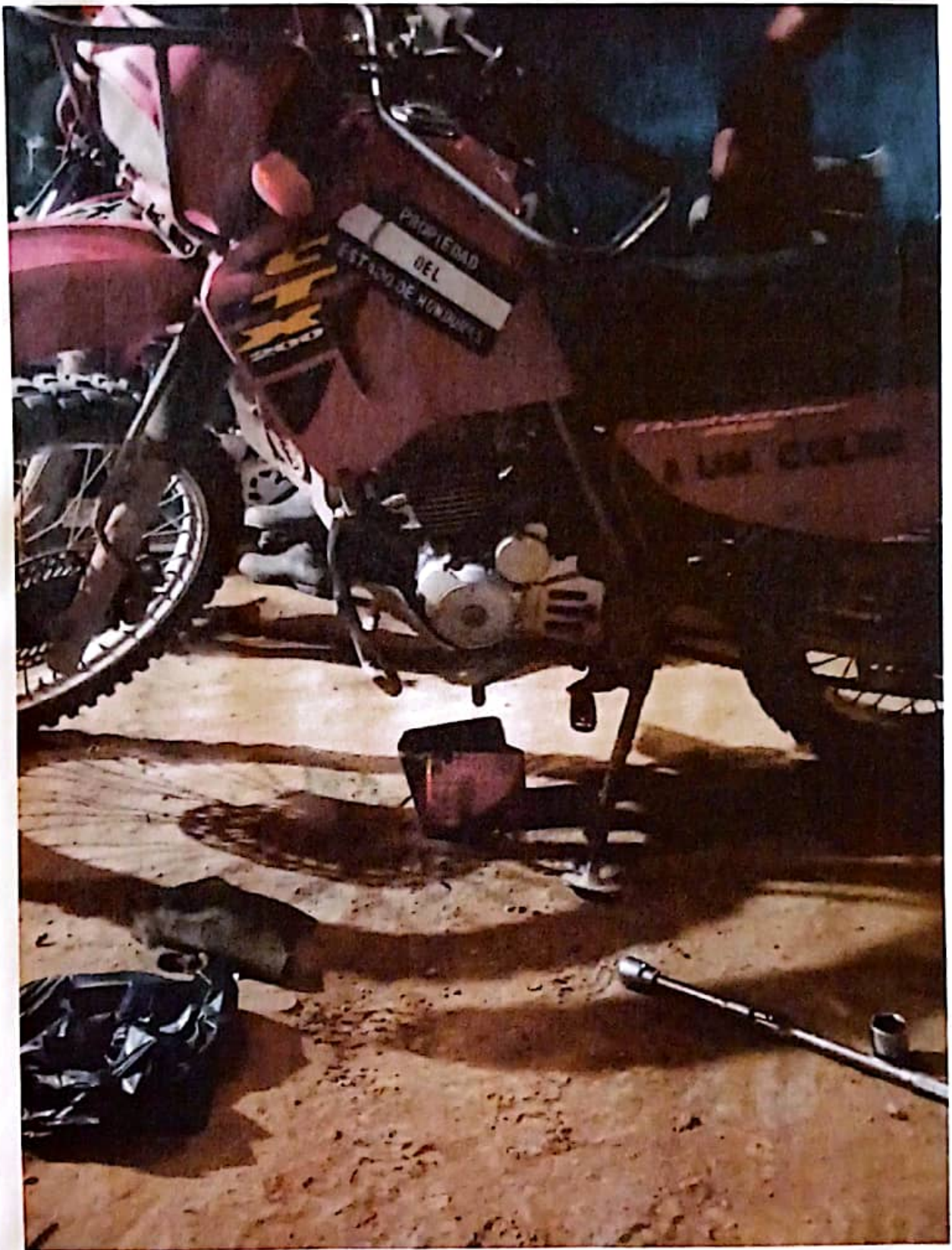
**MIREX-S 0.3 GB**  
MIREX-S 0.3 GB  
MIREX-S 0.3 GB

CONTENERE UNO DE LOS SIGUIENTES  
CONTENEDORES: UNO DE LOS SIGUIENTES  
CONTENEDORES: UNO DE LOS SIGUIENTES  
CONTENEDORES: UNO DE LOS SIGUIENTES

**ATENCIÓN**

ESTE PRODUCTO CONTIENE UN COMPONENTE  
FUNGICIDA DE ALTO RIESGO DE CONTAMINACIÓN



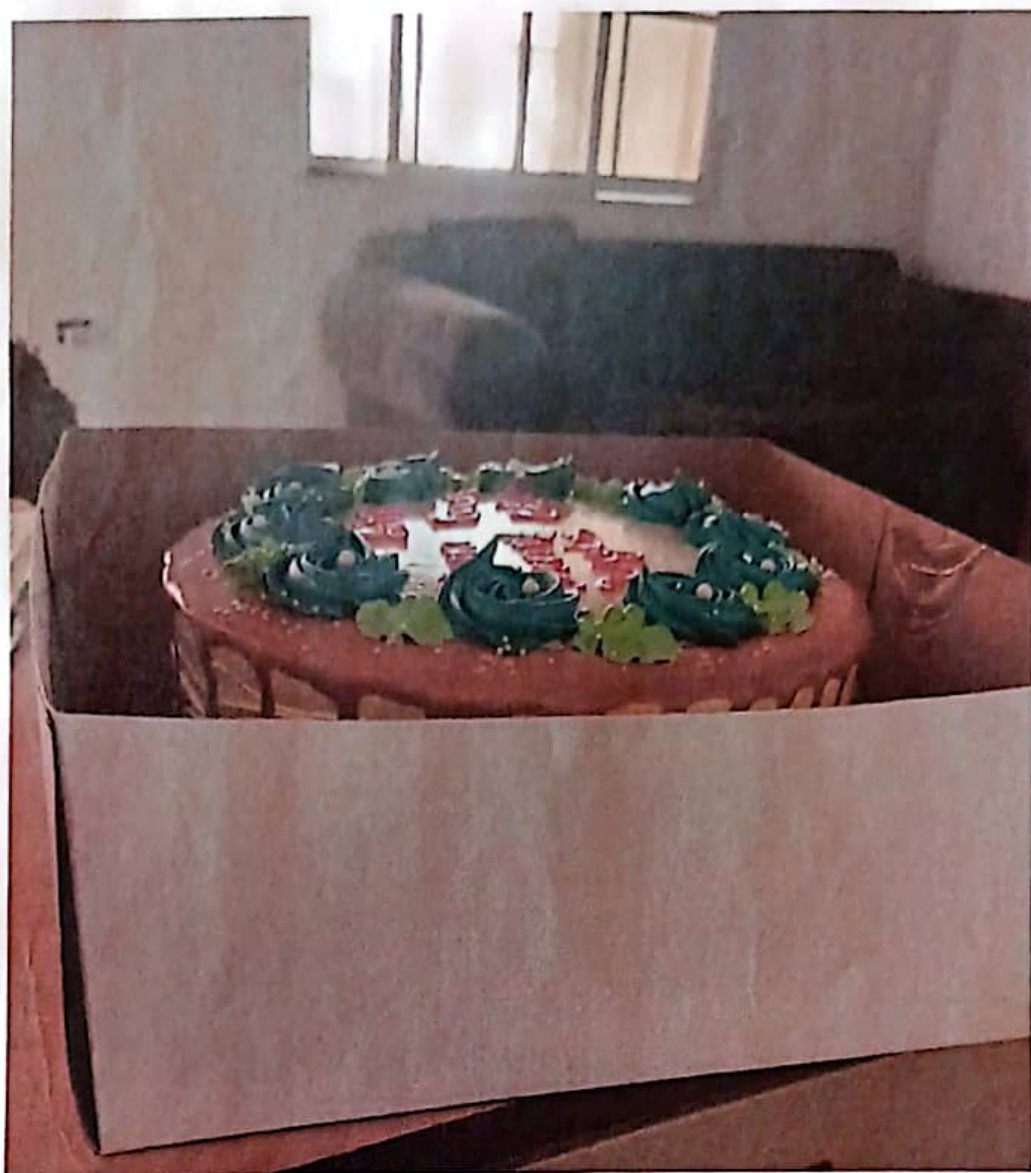












# ABARROTERIA JOSE

VENTA DE ABARROTERIA EN GENERAL

Propietaria: **LILIAN SARAI OSEGUERA N.**

Barrio Ramón Rosa, Dulce Nombre de Culmí, Olancho

R.T.N: 15051982005937, Cel.: 9997-3907

Email: lilianoseguera52@gmail.com



16 de 11 de 2023

Señor: Municipalidad De Culmí  
 Dirección: B° El Centro RTN: 15059002465450

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
2	paq de galletas	70		140
1	galon de jugo			45
CONTADO <input type="checkbox"/> CRÉDITO <input checked="" type="checkbox"/>			TOTAL L.	

**PAGADO**

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJA"

## FACTURA

000-001-01-00 **Nº 007095**

Datos del Adquiriente Exonerado:

No. Correlativo de la Orden de Compra Exenta	
No. Correlativo de la Constancia del Registro Exonerados	
No. Identificativo del registro de la SAG	

CAI: D57928-C281E5-DE45B2-1BD328-2262E4-66  
 Fecha Límite de Emisión: 06/11/2024  
 Rango Autorizado: 000-001-01-00006801 al 000-001-01-00007100  
 Elaborados en Noviembre 2023

Desc. y Reb. Otorgadas L.	
Sub-Total L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 18% L.	
Importe Gravado 15% L.	
I.S.V. 18% L.	
I.S.V. 15% L.	
Importe Exonerado L.	
<b>TOTAL A PAGAR L.</b>	<b>185</b>

Son: Ciento Ochenta y cinco. exactos

Lilian Oseguro  
 FIRMA



## Solicitud de Ayuda Social

Fecha: 20 / 11 / 23

Yo Blanca Lidia Perez

Número de Identidad: 1505-1988 00179

Con dirección domiciliaria en: Pueblo Viejo

Solicito ayuda para:

Transporte a la ciudad de catacamas  
a realizar unos exámenes médicos  
ami esposa al Hospital católico  
Santo Hermano Pedro

Blanca Lidia Perez

Firma



500.00



ALCALDIA MUNICIPAL  
**DULCE NOMBRE DE CULMI**  
Departamento de Olancho, Honduras  
Tel.: 2789-4282  
RTN: 1505-9246-5450



**RECIBO** No. 017860

POR LPS.

500.00

Recibí de la Municipalidad de Dulce Nombre de Culmí:

La cantidad de:

Quinientos Lempiras exactos.

Por concepto de:

Ayuda Social

Para uso de:

Pasaje Para ir hacerse unas exámenes  
medicos a su esposo al Hospital  
Católico Santo Hermano Pedro

Fecha:

20/11/2023

Nombre Completo:

Blanca Lidia Perez.

Dirección:

Pueblo Viejo.

No. de Tel. o Cel.:

No. de Identidad:

1505-7988-00179.

R.T.N.:

IMPRESA HERNANDEZ, CATACAMAS, TEL. 2799-2753 RTN 08011960037088, CERTIFICADO No. 9231211050026

Nombre:

Lidia Perez

Firma:

Lidia P.

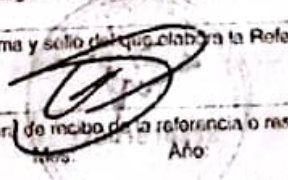


SECRETARIA DE SALUD  
**HOSPITAL CATÓLICO SANTO HERMANO PEDRO BETANCOURT**  
 REGIÓN SANITARIA N.º 15  
 CATACAMAS, OLANCHO.

REFERENCIA   
 RESPUESTA

ESTADO	IP 20 01 02
N.º DE FOLIO	2
FECHA	21/03/2023

**REFERENCIA Y RESPUESTA**

Primer Apellido <b>Delcid</b>	Segundo Apellido <b>Zuniga</b>	Nombre(s) <b>Noe Alexis</b>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N.º de expediente	<b>Id</b>	N.º de Identificación <b>0107198504339</b>	Edad <b>38</b>
Departamento	Ciudad <b>22 Abril</b>	Municipio <b>Catamarca Olancho</b>	Teléfono <b>95729484</b>
Código Electrónico		Acompañante	Dirección/Teléfono
Nombre del Establecimiento que referenciará <b>HCSHPB</b>	Red Institución: <input type="checkbox"/> SSN <input type="checkbox"/> Priv. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Est. <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro	Controlado <input type="checkbox"/> Descentralizado <input type="checkbox"/> Seguimiento: <input checked="" type="checkbox"/>	Establecimiento que refiere o responde <input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Especializado Rehabilitación: <input type="checkbox"/>
Motivo de envío	Diagnóstico <input type="checkbox"/> Tratamiento: <input checked="" type="checkbox"/>	Descripción: <b>Limfocitos Monoclonales</b> <b>Hacer Mielograma</b> <b>Paciente con historia de Trauma e 14 meses en cadera derecha tras caída HCN según fractura rotatoria por caída con deb. de movilidad y limitación de miembros inferiores derechos?</b>	
Signos y Síntomas principales	Resumen de datos clínicos: Signos Vitales: P.A. <b>130/60</b> FR <b>14</b> PFC <b>100</b> TO <b>37.5</b> Peso <b>90.7</b> Talla <b>1.79</b> Frecuencia cardíaca: <b>100</b> E: - P: - C: - IV: - H.M.: - O: - R: -		
Examen físico	Cabeza: <b>Nr</b> Ojos: <b>Nr</b> Oídos: <b>Nr</b> Tórax: <b>Nr</b> Abdomen: <b>Nr</b> Genitales: <b>Nr</b> Extremidades: <b>Limfocitos en Extremas y Flexión miembros inferiores y</b> Neurológico: <b>Nr</b> Resultados de exámenes complementarios:		
Impresión Diagnóstica:	<b>Artritis de Cadera Derecha post. Traumatiza</b> <b>Evaluación por MPE</b> <b>Cadera post. de cadera</b>		
Recomendaciones/observaciones:	Referencia/Responde a: <input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, Específico		
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde:	Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Otros, especifique:		
Se contacta al Establecimiento al que se remitirá o responderá:	Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta: Día: <b>26</b> Mes: <b>07</b> Año: <b>2023</b> Hora: <b>17:30</b>		
Referencia/Respuesta elaborada por:	Nombre y cargo de la persona contactada: Nombre, firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta: 		
Cita al servicio de:	Fecha y hora de inicio de la referencia o respuesta: Día: Mes: Año: Hora:		
Este campo es para un destino establecido por el establecimiento de salud que recibe la referencia. Referencia Oportuna: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Justificado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			



**NO SOLO QUEREMOS SER HOSPITAL, SINO CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD**











## *Municipalidad de Dulce Nombre de Culmí*

Depto. de Olancho, Honduras, C.A



### SOLICITUD

Dulce Nombre de Culmí, Departamento de Olancho.

20/Noviembre/2023

Sr. (a) Rosibel Barralaga

Secretaria Municipal

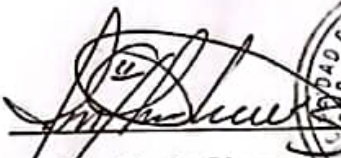

Reciba un atento y cordial saludos y deseándole éxitos en sus delicadas funciones.

El motivo de la presente es para solicitarle de la manera más cordial, la cantidad de:

➤ 1 copa

para realizar la protección de áreas verdes de nuestro municipio de Dulce Nombre de Culmí, departamento de Olancho.

*Agradecemos de antemano su respuesta positiva a la solicitud.*

  
  
**Lic. Mario Chevez**  
**Jefe de la Unidad Municipal Ambiental**  
**D.N.I: 0809-1968-00096**



Bo. El Centro, Dulce Nombre de Culmi,  
Olancho

Email: sureca.gerencia@gmail.com

Cel: 9529-9209

R.T.N: 08011972125430

Casa Matriz: Bo. El Colegio, Catacumas,

CAI: A7EF96-701003-4C4E81-  
062C43-F2776B-27

Factura # 001-003-01- 00006180

Fecha: 20/11/2023 Hora: 02:26:42

Cliente: MUNI CULMI

RTN: 15059002465450

Descripción:

Cant	Precio Unitario	Desc	Unit	Total
COPA APRIETE CUCHICHA FS				
1	95,00	0,00		95,00
Sub Total:				L. 82,61
Monto Exento				L. 0,00
Monto Exonerado:				L. 0,00
Descuentos y Reb:				L. 0,00
Importe Gravado 15%:				L. 82,61
Importe Gravado 18%:				L. 0,00
I.S.V. 15%				L. 12,39
I.S.V 18%:				L. 0,00
Total a pagar				L. 95,00

Forma Pago: Contado

Efectivo: 95,00

Tarjeta C: 0,00

Cambio: 0,00

Son: NOVENTA Y CINCO CON 00/100

No. Orden Compra Exenta: \_\_\_\_\_

No. Cons Reg. Exonerado: \_\_\_\_\_

No. Registro SAG: \_\_\_\_\_

Fecha limite de emisión: 02/06/2024

Rango autorizado: 001-003-01-00004001

Hasta 001-003-01-00007000

Original - Copia - Emisor

¡La factura es beneficio de todos, Exjalal



# FERRETERIA "EDUARD"



Propietaria: MAIRA ELIZABETH ALEMAN

Barrio El Centro, Culmí, Olancho,

Tels.: 9926-7313, 9876-0553

RTN: 15031965000022,

Email: mairaaleman\_32@yahoo.com

27 de 11 de 2023

Señor: Municipalidad

Dirección: D. N. de Culmí RTN: 15059002465450

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
1	Disco para Metal	77		77 =
<b>FACTURA</b>				<b>TOTAL</b>
				77



LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXLJALA"

000-001-01-00 **Nº 028518**

Datos del Adquiriente Exonerado:

No. Correlativo de la Orden de Compra Exenta:	
No. Correlativo de la Constancia del Registro Exonerados:	
No. Identificativo del registro de la SAG	

CAI: CE7B23-6DC664-E242BA-AD4609-B5EE84-62

Fecha Limite de Emisión: 09/06/2024

Rango Autorizado: Del 000-001-01-00027351 al 000-001-01-00029750

Elaborados en Junio 2023

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA

Desc. y Rebajas Otorg. L.

Sub-Total L.

Importe Exento L.

Importe Gravado 18% L.

Importe Gravado 15% L.

I.S.V. 18% L.

I.S.V. 15% L.

Importe Exonerado L.

TOTAL A PAGAR L.

	66.96
	10.04
	77 =

Son: Setenta y siete Lempiras



**melabo**

**Flexiarapid super**

180 x 1,8 x 22,23 mm  
7 x 1/16 x 7/8"

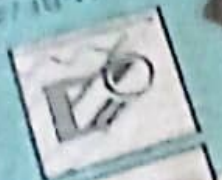
8.800 rpm  
max. 80 m/s

Manufactured in  
Germany  
D-71634 Ludwigsburg, Germany



616230000  
EAN

A 1811-D1/32  
Flexiarapid super





# "COMERCIAL ZAVALA ROSALES"

EL MUNDO DE LA MODA

PROPIETARIO: MARIO ZAVALA ROSALES

Barrio El Centro, Calle Principal, Culmí, Olancho  
Teléfonos: 9911-4506, 2718-8403, RTN: 15051979007356  
Email: marioantoniozabala73@gmail.com

24 de 11 de 2023

Señor: Municipalidad

Dirección: Culmí RTN: 15059002465480

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL	
3 1/2	Satin			175 -	
<b>FACTURA</b>				<b>TOTAL</b>	<b>175</b>

**PAGADO**

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

000-001-01-00 **Nº 003868**

Datos del Adquiriente Exonerado:

No. Correlativo de la Orden de Compra Exenta:	
No. Correlativo de la Constancia del Registro Exonerados:	
No. Identificativo del registro de la SAG	

CAI: 55CA9D-BE6A8C-8342BF-F01D3D-B1465E-FC  
Fecha Límite de Emisión: 06/09/2024  
Rango Autorizado: Del 000-001-01-00003601 al 000-001-01-00003900  
Elaborados en Septiembre 2023

Desc. y Reb. Otorgadas L.   

Sub-Total L.   

Importe Exento L.   

Importe Gravado 18% L.   

Importe Gravado 15% L.   

I.S.V. 18% L.   

I.S.V. 15% L.   

Importe Exonerado L.   

**TOTAL A PAGAR L.**

	1.52
	23
	175

Elexen  
FIRMA

Son: Ciento Setenta y Cinco Exactos







