



## Reposiciones del Fondo en Avance de Caja Chica

Honduras, C.A.

Moneda: Lempiras (L)

Expediente No.: 47

No. Rendición: 8027834

ESTRUCTURA	DESCRIPCION DEL GASTO	SUB-TOTAL	TOTAL	RETENCIONES	LIQUIDO
<b>SERIE: 01 NUMERO: 01</b>					
03 00 000 004 000 21430 11-001-01	Pago de Telefonía celular Alcalde Municipal N°98-95-98-33.	921.07			
		Total Factura:	921.07	0.00	<b>921.07</b>
<b>SERIE: 02-08-10 NUMERO: 02-08-10</b>					
03 02 000 008 000 54110 11-001-01	Ayuda Social Salud para el ciudadano Alfredo Vasquez Lemuz de la Comunidad de Zacate Blanco./Ayuda Social salud al ciudadano Cesar Rodriguez de la Comunidad del Pelon./Ayuda Social Salud al ciudadano David Perez Perez de la Comunidad de Zacate Blanco.	3,000.00			
		Total Factura:	3,000.00	0.00	<b>3,000.00</b>
<b>SERIE: 04-05 NUMERO: 04-05</b>					
03 00 000 004 000 35610 11-001-01	Pago de combustible a Tecnico de (TRS) Tecnico Regular de Agua y Saniamiento para taller de elaboracion de plan de emergencia Municipal con enfoque en la niñas./ Pago de combustible a Tecnico de Catastro para jornada de trabajo para el fortalecimiento del Municipio en Gracias Lempira	480.30			
		Total Factura:	480.30	0.00	<b>480.30</b>
<b>SERIE: 06-07 NUMERO: 06-07</b>					
02 00 000 004 000 54110 11-001-01	Ayuda Social Salud a la Ciudadana Nury Yolanda Bautista Lemuz de la Comunidad del Tablon./Ayuda social salud a la ciudadana Maria Santos Sanchez de la Comunidad de Yashe.	1,500.00			
		Total Factura:	1,500.00	0.00	<b>1,500.00</b>
<b>SERIE: 09-12-14-15 NUMERO: 09-12-14-15</b>					
01 03 000 002 000 54110 11-001-01	Ayuda social a la niña Liam Alexander Perez Gomez de al Comunidad del Cerron Yamaranguila./Ayuda social salud a la niña Arely Yamileth Garcia Sanchez de la Comunidad de los Olivos, Yamaranguila./Ayuda social salud a la niña Milagro Abigail Sanchez Vasquez de la Comunidad de Santa Cruz./Ayuda social al niño Gustavo Sanchez Bautista de la Comunidad de Guascotoro.	3,400.00			
		Total Factura:	3,400.00	0.00	<b>3,400.00</b>
<b>SERIE: 11 NUMERO: 11</b>					
03 00 000 004 000 21420 11-001-01	Pago de telefono fijo Alcaldia de Yamaranguila N°2783-80-80.	231.58			
		Total Factura:	231.58	0.00	<b>231.58</b>
<b>SERIE: 13 NUMERO: 13</b>					
03 00 000 004 000 36400 11-001-01	Pago de limas para mantenimiento de arboles y plantas del parque el bosque.	290.00			
		Total Factura:	290.00	0.00	<b>290.00</b>
<b>SERIE: 16 NUMERO: 16</b>					
03 00 000 004 000 39200 11-001-01	Pago de material de oficina como ser Resaltadores, Lapiz tinta.	27.05			
		Total Factura:	27.05	0.00	<b>27.05</b>
<b>SERIE: 03 NUMERO: 03</b>					
04 00 000 001 000 26210 11-001-01	Pago de transporte de Yamaranguila a Gracias Lempira para capacitacion Tecnico de (UTM).	150.00			
		Total Factura:	150.00	0.00	<b>150.00</b>



YAMARANGUILA, INTIBUCÁ

EJERCICIO: 2024

USUARIO: DINA.MEJIA



### Reposiciones del Fondo en Avance de Caja Chica

Emisión: 4/6/2024

Hora: 09:38 a.m.

Página: 2 de 2

Honduras, C.A.

Moneda: Lempiras (L)

Expediente No.: 47

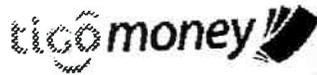
No. Rendición: 8027834

**Total: 10,000.00**

Fuente Especifica	Nombre de la Fuente	Monto Total
11-001-01	Transferencia para Gobierno Local	10,000.00
<b>Total Fuentes Especificas:</b>		<b>10,000.00</b>

RETENCIONES		
Código		Monto
<b>Total Retenciones:</b>		<b>0.00</b>

js+/9JmDsDNVgyk0AdNmwlIBtyBSr6lDwd4h7RV39/MexfuJ7khBqEydc7cknbmq2Qc3vmMthH75fjmJ65tx3rxO6608tt5MEzgwH8T/HJW0A0MIJaUngxIGsfC



Descarga la APP Tigo Money  
regístrate o marca \*555# des  
tu Tigo y aprovecha los mejor  
beneficios que solo te ofre  
Tigo Money!

**Agente** Recarga  
Veloz  
Pulperia Lc  
Pinos

**Fecha:** 02-05-2024  
**Hora:** 09:34:51

**Producto:** Pago de  
Servicio

**Empresa:** Tigo Movil

**Cuenta:** 98959833

**Cliente:** RUMUALD  
BEJARAN

**Monto:** L 921.07

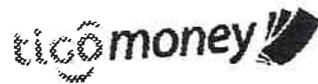
**Cargo:** L 0.00

**ISV:** L 0.00

**Total:** L 921.07

**Referencia:** 91668252

Gracias por usar Tigo Money!



Descarga la APP Tigo Money  
regístrate o marca \*555# des  
tu Tigo y aprovecha los mejor  
beneficios que solo te ofre  
Tigo Money!

**Agente** Recarga  
Veloz  
Pulperia Lc  
Pinos

**Fecha:** 02-05-2024  
**Hora:** 09:34:51

**Producto:** Pago de  
Servicio

**Empresa:** Tigo Movil

**Cuenta:** 98959833

**Cliente:** RUMUALD  
BEJARAN

**Monto:** L 921.07

**Cargo:** L 0.00

**ISV:** L 0.00

**Total:** L 921.07

**Referencia:** 91668252

Gracias por usar Tigo Money!

21430. Telefonía Celular

Pago de Telefonía Celular, Alcalde Municipal.  
Cel. 98-95-98-33. 2-5-24.





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente  
Romualdo Bejarano Rodriguez  
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al  
año 2024 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.

Nº 629216

Yamaranguila 17 - 01 - 2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024



Firma y Sello del Alcalde

	No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <u>7,000.00</u>
		<u>12</u>	<u>05</u>	<u>24</u>	
<small>Logo</small> <small>Org. Distribuidor Exclusivo</small> <small>de Honduras</small>	Recibí de: <u>Caja Chica.</u>				
	La Cantidad de: <u>Med. Lempiras Exactos</u> Lempiras				
	Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud. Para el Ciudadano Alfredo Vasquez Lemus de la Comunidad de Zocate Blanco.</u>				
	Sal. Ant. <u>1,000.00</u>				
Abono _____					
Saldo <u>1,000.00</u>					
	<u>Alfredo Lemus Vasquez</u> <small>FIRMA</small> <small>1016-1026-00452</small>				

54110. Ayuda Social a personas (Gransteancia de capital).

Solicitud

Zacate Blanco Yamaranguila

con fecha 3 de mayo del 2024

Resiba un atento y cordial saludo  
a los señores Alcaldes

de parte Alfredo Vasquez Lemuz

1016 1996 00152 el motivo de este  
carto saludo es para desirle

que si me pueden ayudar la

cantidad 15000 lempiras para

compra de medicamento y exsamenes

que me piden ya que no tengo

recursos economico porque soy pobre

y e me piden ultra sonido la

enfermedad es dianosticaron Piedra

en los Riñones espero que me ayuden

por lo que necesito les agradeSere

mucho atentamente Firma

Maria Ignasia Vasquez Lemuz

Firma P.  *Tronato*  
*Jose*

Aprobación  
LPS 1.000.00  
12/05/24





ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Alfredo Casarez Lemus

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 20 24 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.

Nº 634511

Yamaranguila Int 02/05/2024

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024



ti

Firma y Sello del Alcalde

Zacate Blanco, Yamaranguila

29/Abril/2024

Alcaldía Municipal de Yamaranguila

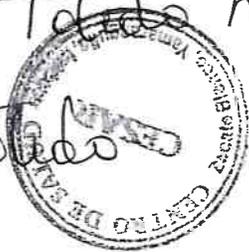
Sra secretaria municipal, me dirijo a usted mediante la presente, deseando éxitos en sus labores diarias y ante la solicitud del paciente Alfredo Vasquez Lemus de 28 años con ID: 1016 1996 00152 quien acude a este centro asistencial para entrega de constancia solicitada por la alcaldía para apoyo económico.

En este momento paciente estable, con regular estado general, solicitando el soporte económico para realizar ultrasonido abdominal; con diagnóstico clínico de colitis a d/c Sd. intestino irritable. Y para los fines que el interesado tenga.

Atentamente:

Dr. Alex Toledo médico asistencial

Alex Toledo



Nota: Documentación Soporte de la ayuda social, Alfredo Vasquez Lemus. de la comunidad de Zacate Blanco.

No. \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
15	05	24

Por L. 150.00

Recibí de: Caja Chica, Municipal

La Cantidad de: ciento cincuenta Lempiras

Por Cuenta de: Pago de transporte de Yamaungula & Goceles Lempira, y taxi capacitación con Gobernación y planificación estratégica

Sal. Ant. 150.00

Abono \_\_\_\_\_

Saldo 205.150.00

[Signature]

FIRMA

10161982-00899

Donis Zaccarias Lemus

© 2015 ORE Distribuidor Excluyente



REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



### Informe de gastos

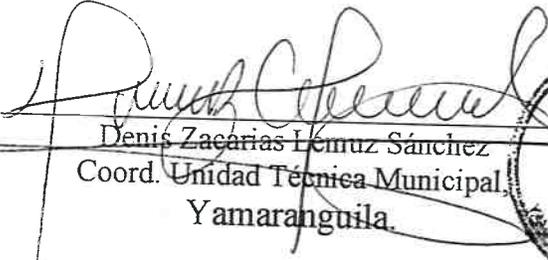
Los días martes los días 24, 25 y 26 de abril de 2024, participamos en la capacitación sobre Socialización de la Ley de Descentralización y su reglamento diagnóstico situacional dirigido a técnicos de municipales y autoridades, en la ciudad de Gracias Lempira.

Objetivo: Potenciar a las mancomunidades y alcaldías para fortalecer capacidades para hacer efectiva la gobernanza mediante la asistencia técnica a las autoridades y las unidades técnicas (UTM) para impulsar procesos de Descentralización.

Se describen los gastos de transporte

- Transportes de Yamaranguila a la Ciudad de Gracias Lps. 100.00
- Pago de taxi Lps. 50.00

**Total, de gastos Lps. 150.00**

  
Denis Zacarias Lemuz Sánchez  
Coord. Unidad Técnica Municipal,  
Yamaranguila.



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

[intibucayamaranguila@municipalidadhn.info](mailto:intibucayamaranguila@municipalidadhn.info)

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

## Jornada de trabajo para el fortalecimiento de los Municipios y Mancomunidades

### Socialización de la Ley de Descentralización y su reglamento diagnóstico situacional

Objetivo: Potenciar a las mancomunidades y alcaldías para fortalecer capacidades para hacer efectiva la gobernanza mediante la asistencia técnica a las autoridades y las unidades técnicas (UTM) para impulsar procesos de Descentralización.

Objetivos específicos:

- Analizar el contexto de la gobernanza en los territorios.
- Socialización de la Ley y reglamento de Descentralización.
- Diseñar un modelo del funcionamiento eficiente de una mancomunidad ideal.
- Monitorear y evaluar las acciones de descentralización
- Socializar el modelo de gestión mancomunada.
- Implementar herramientas para construir un diagnóstico y precalificar las capacidades técnicas, financieras, logísticas y administrativas.
- Elaboración de un plan de trabajo para el fortalecimiento de las Mancomunidades.

Participantes:

Municipios: La Unión, Gracias, La Campa, San Rafael, Lepaera, San Manuel Colohete, Yamaranguila, San Miguelito, San Antonio, Camasca  
Mancomunidades: COLOSUCA, PUCA, AMFI, MANCURISJ.

Lugar: Hotel la Arboleda Colonial, Gracias Lempira

Fecha y Hora:

Día 1: miércoles 24/04/2024 de 10:00 PM a 5:30 PM

Día 2: jueves 25/04/2024 de 8:00 AM a 5:00 PM

Día 3: viernes 26/04/2024 de 8:00 AM a 12:00 AM

*Nota: Documentación soporte del pago de transporte a Terr. CUTM).*

Día 1: miércoles 24 de abril de 2024		
ACTIVIDAD	HORA	RESPONSABLE
Recepción Palabras de bienvenida y alusivas al evento Lectura de agenda y presentación de objetivos de la jornada	10:00 am – 11:00 pm	Representante de AMHON Representación de Cooperación Española
Reflexión sobre la gobernanza en el Municipio.	11:00 pm – 12:00 m	Misael Cárcamo DGDEH
Almuerzo	12:00 m – 1:00 pm	
Presentación de Ley de Descentralización y su Reglamento y Plan de Descentralización	1:00 pm – 2:00 pm	Misael Cárcamo DGDEH

Presentación sobre lineamientos de precalificación.	2:00 pm – 3:00 pm	Misael Cárcamo DGDEH
Receso	3:00 pm – 3:15 pm	
Análisis FODA orientado en los niveles del desarrollo de Capacidades de Municipalidades (alcaldes y equipo técnico)	3:15 am – 5:30 m	Equipo Técnico DGDEH
<b>Día 2: jueves 24 de abril de 2024</b>		
Conversatorio sobre jornada de primer día	8:00 am – 8:15 am	Equipo Técnico DGDEH
Análisis FODA orientado en los niveles del desarrollo de Capacidades de Municipalidades (alcaldes y equipo Técnico)	8:15 am – 9:00 am	Equipo Técnico DGDEH
Presentación del modelo diseñado por la AMHON	9:00 am – 10: 00 M	Omar Caballero AMHON
Receso	10:00 am – 10:15 am	
Presentación de su FODA en plenaria	10:15 pm – 10:50 pm	Equipo Técnico DGDEH
Diseñando la Mancomunidad Ideal	10:50 am – 11:30 am	
Inicio de análisis FODA orientado en los niveles del desarrollo de Capacidades de Mancomunidades	11:30 am – 12:00 m	Equipo Técnico DGDEH
Almuerzo	12:00 m – 1:00 pm	
Análisis FODA orientado en los niveles del desarrollo de Capacidades Para mancomunidades.	1:00 pm – 3:00 pm	Equipo Técnico DGDEH
Receso	3:00 pm – 3:15 pm	
Presentación de su FODA en plenaria	3:15 pm – 4:00 pm	Equipo Técnico DGDEH
Socializar herramientas para perfilación de las mancomunidades	4:00 pm – 5:00 pm	Equipo Técnico DGDEH
<b>Día 3: viernes 26 de abril de 2024</b>		
Retroalimentación de jornada de segundo día	8:00 am – 8:15 am	Equipo Técnico DGDEH
Construcción de una figura municipal para preparar la descentralización. (Nivel Municipal y Nivel de Mancomunidad)	8:15 am – 9:30 am	Equipo Técnico DGDEH
Identificación de funciones de las figuras municipales y de mancomunidad.	9:15 am – 10:00 am	Equipo Técnico DGDEH
Receso	10:00 am – 10:15	
Actividad para identificar necesidades de capacitación para diseño de un plan de asistencia técnica y programa de capacitación para mancomunidades	10:15 am – 11:45 am	Equipo Técnico DGDEH
Acuerdo y compromisos	11:45 am – 12:00 am	



Caja de Ahorro y Previsión Social - C.A.P.S. - Q12 Dominador Exclusivo

No. \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
15	05	24

Por L. 370.13.

Recibi de: Caja Chica.  
 La Cantidad de: Treientos Setenta con 13 Centavos Lempiras  
 Por Cuenta de: Pago de Combustible a Técnico de (TRSI) Regular de agua

Sal. Ant. 370.13  
 Abono \_\_\_\_\_  
 Saldo 370.13.

Sentamendo  
  
 FIRMA

35610. Gasolina.



REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



Solicitud

Yamaranguila Intibucá

Ing. Rumualdo Bejarano

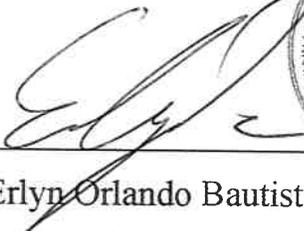
26 de abril 2024

Reciba un cordial saludo deseándole éxitos en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para solicitarle el reembolso de combustible utilizado para trasportase al taller de elaboración de plan de emergencia municipal con enfoque en la niñez dado en Gracias Lempira

Cantidad total de 370 lempiras exactos

Sin más me despido muy amablemente y esperamos una respuesta positiva

  
  
Lic. Erlyn Orlando Bautista Sánchez  
Técnico de agua y saneamiento  
Yamaranguila Intibucá



INVERSIONES LA FORTALEZA S.DE R.L.DE C.V  
 FRENTE AL CEMENTERIO  
 INTIBUCA  
 Puma La Fortaleza  
 Bo. El Calvario salida a la Esperanza In  
 tibuca San Juan, Intibuca  
 Email: lafortalezasj@gmail.com  
 R.T.N.: 10019019096750  
 Tel.: 99338619

INVERSIONES LECOR S.DE R.L.  
 PUMA VICTORIA LA ESPERANZA  
 TIERRA COLORADA, LA ESPERANZA  
 R.T.N.05019006479387  
 jorge\_miranda@live.com

23/4/2024 08:34:25

FACTURA:000-002-01-00111458  
 CAI 3E1AB8-9CB58F-5F4097-FCBEB6-2A4450-A

CAI: 3E1352-8B3C3B-AB4289-B40A9D-4B67E1-01

Factura Original

RANGO AUTORIZADO DE FACTURAS  
 Factura inicial 000-002-01-00103801  
 Factura final 000-002-01-00143800  
 Fecha de emision: 23/4/2024  
 Fecha limite de emision : 1/4/2025

No. Factura 005-003-01-01155684  
 Hora: 17:01 Fecha: 25/04/2024  
 Codigo Cliente : 99999  
 Cliente : MUNICIPALIDAD DE YAMARANGUILA  
 R.T.N. : 10169003429966  
 O/C Exonerada:  
 Constancia Registro Exonerada:  
 Registro SAG:

Codigo Cliente : 1Z1384  
 Nombre: MUNICIPALIDAD YAMARANGUILA  
 Direccion:  
 R.T.N: 10169003429966  
 Km = 0  
 PLACA :

Cantidad Lts : 5.69 No.Bomba: 06  
 Producto : SUPER PPU Lps.: 29.85  
 Total Lps.: 170.03  
 Descuento: 0.00  
 Venta Exenta: 170.03  
 Venta Gravada: 0.00  
 Venta Exonerada: 0.00

Cant	Bomba	Descrip	Precio	SubTotal
6.669	2	Super	L 30.01	L 200.10

15 % ISV: 0.00  
 18 % ISV: 0.00  
 Total Neto: 170.03

DESCUENTO	L	0.00
BASE GRAVADA 15%	L	0.00
BASE GRAVADA 18%	L	0.00
BASE EXENTA	L	200.10
BASE EXONERADA	L	
ISV 15%	L	0.00
ISV 18%	L	0.00
TOTAL A PAGAR	L	200.10
EFFECTIVO	L	0.00
CAMBIO	L	0.00

Lempiras en Letras:  
 Ciento Setenta Con 3/100 Ctvs  
 Rango Inicial : 005-003-01-01010001  
 Rango Final : 005-003-01-01210000  
 Fecha Limite Emision : 08/10/2024

Original Cliente-Copia Emisor  
 Gracias por Su Preferencia.  
 La Factura es Beneficio de Todos. Exijala

DOSCIENTOS LEMPIRAS CON 10 /100 CTVS  
 No de orden de compra exenta: \_\_\_\_\_  
 No. de Registro de exonerados : \_\_\_\_\_  
 No. de Registro de SAG : \_\_\_\_\_  
 Original: Cliente  
 Copia: Contribuyente Emisor.  
 Forma de Pago: Efectivo  
 Firma: \_\_\_\_\_  
 Cajero : BOMBEROS

*Nota: Documentación soporte a  
 Técnico de (IRS). Regular de agua y  
 Sonormento.*

GRACIAS POR SU COMPRA  
 LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA



Tegucigalpa, M.D.C.  
10/04/2024

## Invitación Especial a municipalidades

Municipalidad de Yamaranguila

GOAL con fondos **UNICEF** en el marco del Proyecto "**Resiliente al clima y planes centrados en la niñez para la acción climática y respuesta a shocks**" para garantizar y contribuir al fortalecimiento de las capacidades de los técnicos municipales de 4 municipalidades, estamos organizando un taller para integrar los criterios de la niñez en los planes de emergencia municipales y la revisión y actualización de los Planes de respuesta a Emergencia a nivel municipal con el apoyo del Centro Nacional de Investigación y Capacitación en Contingencias **CENICAC-COPECO** de la oficina central, el taller se realizara en la siguiente fecha:

**Fecha: 23 a 25 de abril**

**Hora: 8:00 a.m. a 4:00 p.m.**

**Lugar que se llevara a cabo: Gracias, Lempira**

**Se solicita que nos acompañe 3 personas que están a cargo de elaborar el plan de emergencia y llevar su laptop.**

Nota: GOAL estará apoyando en los gastos logísticos del personal que acompañen la actividad (Hotel y alimentación) transporte.

**Maryory Maradiaga**  
Gerente de Proyecto







REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



**SOLICITUD.**

Yamaranguila, jueves 16 de mayo de 2024.

**De: Jenrry Adalid Rodriguez Bautista.**  
**Para: Señor Alcalde Municipal**  
**Ingeniero Rumualdo Bejarano.**

Reciban un cordial saludo, así mismo deseándoles éxitos en sus labores que a diario realizan, para bien de nuestro municipio.

De manera atenta y respetuosa me dirijo a usted en mi condición de asistente del Departamento de Catastro Municipal para solicitarle se me reembolse la cantidad de 110.00 Lps. de pago de compra de combustible para movilizarme a la ciudad de Gracias Lempira a Jornada de trabajo para el fortalecimiento de los municipios y Mancomunidades, Adjunto recibo.

Esperando una positiva respuesta a mi favor.

Atentamente:

  
**Jenrry Adalid Rodriguez Bautista**  
**Asistente de Catastro Municipal**

*Nota: Documentación soporte  
Pago de Combustible a Técnica  
Asistente. Catastro*

Barrio San Carlos Frente a Parque El Bosque Tel: 2783-80-80

[intibu.cayamaranguila@municipalidadhn.info](mailto:intibu.cayamaranguila@municipalidadhn.info)

*Mi existencia depende de cuánto yo protejo los recursos naturales*

INVERSIONES LEMPIRA  
PUMA CIRCUNVALACION

WALTER YOVANY POLANCO ROSA  
Bo. BRISAS DE CELAQUE, GRACIAS, LEMPIRA,  
HONDURAS C.A.  
Email: pumacircunvalacion@yahoo.com  
R.T.N.: 13011972003539  
Tel.: 2656-0440

-----  
27/04/2024 12:50:37 p.m.

FACTURA: 000-005-01-03502159  
CAJ 5F30D1-BE995C-F44BA7-9286FA-9418E3-C  
B  
RANGO AUTORIZADO DE FACTURAS  
Factura inicial 000-005-01-03450001  
Factura final 000-005-01-03750000  
Fecha de emision: 27/04/2024  
Fecha limite de emision : 02/02/2025

-----  
Codigo Cliente : 0001  
Nombre: CONSUMIDOR FINAL  
Direccion:  
R.T.N:  
Place: \_\_\_\_\_ OC: \_\_\_\_\_

-----  
Cant Bomba Descrip Precio SubTotal  
-----  
3.682 2 Super L 29.92 L 110.17

-----  
DESCUENTO Y REBAJAS  
BASE GRAVADA 15% L 0.00  
BASE GRAVADA 15% L 0.00  
BASE EXENTA L 110.17  
BASE EXONERADA L  
ISV 15% L 0.00  
ISV 15% L 0.00  
TOTAL A PAGAR L 110.17  
EFECTIVO L 0.00  
CAMBIO L 0.00

CIENTO DIEZ LEMPIRAS CON 17 /100 CTVS  
No de orden de compra exentas: \_\_\_\_\_  
No. de Registro de exonerados : \_\_\_\_\_  
No. de Registro de SAB : \_\_\_\_\_  
Original: Cliente y,  
Copias: Obligado tributario emisor.  
Forma de Pago: Contado  
Firma: \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU COMPRA  
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA

# Jornada de trabajo para el fortalecimiento de los Municipios y Mancomunidades

## Socialización de la Ley de Descentralización y su reglamento diagnostico situacional

Objetivo: Potenciar a las mancomunidades y alcaldías para fortalecer capacidades para hacer efectiva la gobernanza mediante la asistencia técnica a las autoridades y las unidades técnicas (UTM) para impulsar procesos de Descentralización.

Objetivos específicos:

- Analizar el contexto de la gobernanza en los territorios.
- Socialización de la Ley y reglamento de Descentralización.
- Diseñar un modelo del funcionamiento eficiente de una mancomunidad ideal.
- Monitorear y evaluar las acciones de descentralización
- Socializar el modelo de gestión mancomunada.
- Implementar herramientas para construir un diagnóstico y precalificar las capacidades técnicas, financieras, logísticas y administrativas.
- Elaboración de un plan de trabajo para el fortalecimiento de las Mancomunidades.

Participantes:

Municipios: La Unión, Gracias, La Campa, San Rafael, Lepaera, San Manuel Colohete, Yamaranguila, San Miguelito, San Antonio, Camasca  
Mancomunidades: COLOSUCA, PUCA, AMFI, MANCURISJ.

Lugar: Hotel la Arboleda Colonial, Gracias Lempira

Fecha y Hora:

Día 1: miércoles 24/04/2024 de 10:00 PM a 5:30 PM

Día 2: jueves 25/04/2024 de 8:00 AM a 5:00 PM

Día 3: viernes 26/04/2024 de 8:00 AM a 12:00 AM

<b>Día 1: miércoles 24 de abril de 2024</b>		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>HORA</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Recepción Palabras de bienvenida y alusivas al evento Lectura de agenda y presentación de objetivos de la jornada	10:00 am – 11:00 pm	Representante de AMHON Representación de Cooperación Española
Reflexión sobre la gobernanza en el Municipio.	11:00 pm – 12:00 m	Misael Cárcamo DGDEH
Almuerzo	12:00 m – 1:00 pm	
Presentación de Ley de Descentralización y su Reglamento y Plan de Descentralización	1:00 pm – 2:00 pm	Misael Cárcamo DGDEH

Presentación sobre lineamientos de precalificación.	2:00 pm – 3:00 pm	Misael Cárcamo DGDEH
Receso	3:00 pm – 3:15 pm	
Análisis FODA orientado en los niveles del desarrollo de Capacidades de Municipalidades (alcaldes y equipo técnico)	3:15 am – 5:30 m	Equipo Técnico DGDEH
<b>Día 2: jueves 24 de abril de 2024</b>		
Conversatorio sobre jornada de primer día	8:00 am – 8:15 am	Equipo Técnico DGDEH
Análisis FODA orientado en los niveles del desarrollo de Capacidades de Municipalidades (alcaldes y equipo Técnico)	8:15 am – 9:00 am	Equipo Técnico DGDEH
Presentación del modelo diseñado por la AMHON	9:00 am – 10: 00 M	Omar Caballero AMHON
Receso	10:00 am – 10:15 am	
Presentación de su FODA en plenaria	10:15 pm – 10:50 pm	Equipo Técnico DGDEH
Diseñando la Mancomunidad Ideal	10:50 am – 11:30 am	
Inicio de análisis FODA orientado en los niveles del desarrollo de Capacidades de Mancomunidades	11:30 am – 12:00 m	Equipo Técnico DGDEH
Almuerzo	12:00 m – 1:00 pm	
Análisis FODA orientado en los niveles del desarrollo de Capacidades Para mancomunidades.	1:00 pm – 3:00 pm	Equipo Técnico DGDEH
Receso	3:00 pm – 3:15 pm	
Presentación de su FODA en plenaria	3:15 pm – 4:00 pm	Equipo Técnico DGDEH
Socializar herramientas para perfilación de las mancomunidades	4:00 pm – 5:00 pm	Equipo Técnico DGDEH
<b>Día 3: viernes 26 de abril de 2024</b>		
Retroalimentación de jornada de segundo día	8:00 am – 8:15 am	Equipo Técnico DGDEH
Construcción de una figura municipal para preparar la descentralización. (Nivel Municipal y Nivel de Mancomunidad)	8:15 am – 9:30 am	Equipo Técnico DGDEH
Identificación de funciones de las figuras municipales y de mancomunidad.	9:15 am – 10:00 am	Equipo Técnico DGDEH
Receso	10:00 am – 10:15	
Actividad para identificar necesidades de capacitación para diseño de un plan de asistencia técnica y programa de capacitación para mancomunidades	10:15 am – 11:45 am	Equipo Técnico DGDEH
Acuerdo y compromisos	11:45 am – 12:00 am	

ONG Distribuidor Exchanges

No. \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
17	05	24

Por L. 7,000.00.

Recibí de: Caja Chica.

La Cantidad de: Med Lempiras, exactos. Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Salud a la Ciudadana Nury Yolanda Bautista Lemus

Sal. Ant. 7,000.00

Abono →

Saldo 7,000.00.

de la Comunidad del Tablon. Cel. 03-71-78-51

Nury Yolanda Bautista Lemus

1016-1993-00-382 FIRMA

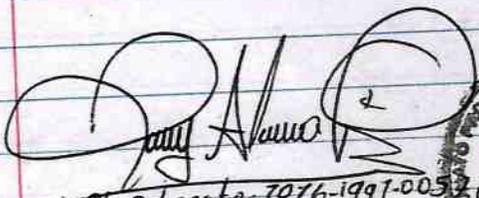
Fecha: / /

Solicitud El Tablon yamosenbillo  
para ingeniero Rinaldo Bizarono  
que Dios y la virgen le de como muchas  
bendiciones en sus labores diarias con todo  
el personal de la Corporación municipal

espero solicitarle que si me puede  
ayudar porque soy debajo recurso eco  
nómico y no tengo el dinero para movilizarme  
a una cita medica con mi hijo con oftalmología  
al hospital escuela para que me lo revisen  
de la vista espero contar con su ayuda

Firma  
Mary Yabinda Bautista Jimenez

Numero Identidad 10.16.1993-ca.382

  
Patronato. 7076-1991-00576



Cel. 93-71-7837

Lps. 7.000.00





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Nury Yolanda Bautista Lemuz

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2024 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.

Nº 629697

Yamaranguila, 16-01-2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024



[Signature]  
Firma y Sello del Alcalde

HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO

CITA MEDICA

IDENTIDAD:

1018201200405

NOMBRE DEL PACIENTE:

OSCAR ALONSO BAUTISTA LEMUZ

ESPECIALIDAD

OFTALMOLOGIA

NOMBRE DEL MEDICO

DRA. GERALDINA AMADOR

FECHA DE LA CITA

LUNES 13 | MAYO | 2024

HORA DE LA CITA

06:00:00 AM

TIPO DE CITA

SEGUIMIENTO NORMAL

FAVOR ASISTIR UNA HORA ANTES

ADULTOS ENTRADA PORTON NUMERO 5

PEDIATRIA ENTRADA PORTON NUMERO 5

U Impresion: 249 21-02-2024 10:32:15 AM

U Creacion: 249 21-02-2024 11:23:55 AM

Numero HIS: 1636986

Nota: Documentación Soporte de la ayuda Social Salud de Ciudadana. Nory Yolanda Bautista Lemuz.

# CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

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

1	0	1	6	-	2	0	1	2	-	0	0	4	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 006 del tomo 00197 del Año 2012 y que pertenece a:

a) BAUTISTA b) LEMUZ  
*Primer Apellido* *Segundo Apellido*

c) OSCAR ALONSO SEXO F  M   
*Nombre*

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) INTIBUCÁ b) INTIBUCÁ c) HONDURAS  
*Municipio* *Departamento* *País*

d) SEIS e) JULIO f) 2012  
*Día* *Mes* *Año*

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

a) ----- b) -----  
*Primer Apellido* *Segundo Apellido*

c) ----- d) -----  
*Nombre* *Nacionalidad*

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

**N. Identidad: 1016-1993-00382**

a) BAUTISTA b) LEMUZ  
*Primer Apellido* *Segundo Apellido*

c) NURY YOLANDA d) HONDUREÑA  
*Nombre* *Nacionalidad*

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en YAMARANGUILA INTIBUCÁ  
*Municipio* *Departamento*

a los: DOS días del mes de MAYO

del DOS MIL VEINTICUATRO

*Osvaldo Gabriel Espinal*





© 2012 Distribuidor Exclusivo

No. _____	<table border="1"> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td>17</td> <td>05</td> <td>24</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	17	05	24	Por L. <u>500.<sup>00</sup></u>
DIA	MES	AÑO						
17	05	24						
Recibí de: <u>Caja Chica.</u>	La Cantidad de: <u>Quinientos exactos</u> Lempiras							
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud a la Ciudadana</u>								
<u>María Santos Sanchez de la Comunidad de</u>								
<u>Jashe, Tomaronguá La</u>								
<u>María Santos Sanchez</u>								
1016.197400359 <small>FIRMA</small>								
Sal. Ant. <u>500.<sup>00</sup></u>								
Abono _____								
Saldo <u>500.<sup>00</sup></u>								

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

## Solicitud.

Yashe Yamaranguila 15 de Mayo del Año 2024.  
Por este medio estoy haciendo un Atento y Cordial  
Saludo a toda La Corporación Municipal Especialmente  
al Ingeniero Romualdo Bejarano Alcalde Municipal.  
Deceandoles Exitos en todas sus Actividades  
Diarias.

Despues de este corto Saludo paso a lo  
Siguiete.

El motivo de la presente Solicitud es para  
decirte que por su digno Medio Me Apolle  
con la compra de un Medicamento para mi  
Salud ya que el Medicamento Me Cuesta mil  
Lempiras 1000 Lps. Espero que me Apoye Señor  
Alcalde de Antemano Le Agradecere Mucho  
Dios Le Bendiga.

Atentamente

Firma: Maria Santos Sanchez.

No Identidad 7076-1974-00359.

Bartolomé Aguirre



Lps. 500.00.





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Maria Santos Sanchez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2024 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.

Nº 629420

Yamaranguila 10-01-2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024





Firma / Sello del Alcalde

14/05/2024

# 246

Maria Santos Sanchez

- A travestira 10 m

1 despues de cena.

X 2 m

# 60 + 6.

①



Nota: Documentación Soporte de la ayuda Social Salud.  
Maria Santos Sanchez.



Solici Tu  
El Pelón Yamaranguila. 15 de abril del año 2024.

Señor. alcalde. Ruma. Bejarano

Lucía. Sanchez. con NIT de Identidad. 10-16-1972-205

Estoi haciendo le Jegor un cordial Saludo  
de Seandole. smuehas EXITOS EN LAS LAVORES diarias.  
Dios lede smuehas Bendiciones para que siga adelante  
para El bien. de smuestras Comunidades

paso al siguiente.

por este medio ESTOI SOLICITANDO una colaboracion  
de un medio ECONOMICO para una compra de un medicamento  
de mi compañerc hogar que se quefro el pic. derecho  
ESPERAMOS una Respuesta muy Valiosa de usted. señor  
alcalde

Cel. 96-60-60-47.

presidente patronato pelon

Lucía



Subsidio Salud  
215.1.000.00.  
17/05/24.





ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Cesar Rodriguez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 2024 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.

Nº 634451

Yamaranguila 22-4-2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024



[Handwritten Signature]

Firma y Sello del Alcalde



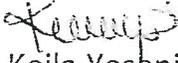
No.013-2024-DEHDEAC

### CERTIFICACION

El Suscrito Director del Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato, de la ciudad de Intibucá, Departamento de Intibucá, Honduras, C.A. por medio de la presente CERTIFICA: Que en los registros que se llevan en la Unidad de Admisión y Archivo se encuentra los siguientes datos:

Nombre: CASAR RODRIGUEZ  
Edad: 43 años  
Procedencia: El Peión, Yamaranguila, Intibucá  
No. Historia Clinica: 1016- 1980-00438  
Fecha de atencion: 11 de Enero del 2024  
Servicio: Ortopedia  
Con diagnostico: 1- Fractura de tibia izquierda

Y para los fines que el (a) interesada (o) estime conveniente, se firma la presente en la ciudad de Intibucá, Intibucá a los once días del mes de Enero del año dos mil veinticuatro.

  
Dra. Keila Yesenia Diaz  
Director Ejecutivo I.a.



Cc: Expediente./

Documentación de la  
Nota. Ayuda Social Salud al Ciudadano Cesar Rodriguez

No. _____	DIA	MES	ANO	Por L. <u>700.00</u>
	17	05	24	
Recibí de:	<u>Caja Chica.</u>			
La Cantidad de:	<u>Setedentas Exactos</u>			Lempiras
Por Cuenta de:	<u>Ayuda Social a la niña Liam Alexander Perez Gomez de la Comunidad de El Terron, - Comarca de</u>			
Sal. Ant.	<u>700.00</u>			
Abono	<u>700.00</u>			
Saldo	<u>700.00</u>			
				<u>Alba Xiomara Gomez-Sanchez</u> 10167002003147 <small>FIRMA</small>

0112 Distribuidor Exclusivo

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

El Cerron Tamaranguila

Fecha: / /

Señor Alcalde Ingeniero Rumaldo Bejarano Rodriguez  
tenga un atento y cordial saludo  
descandole que Dios y la birgen Santisima le  
derrame muchas bendiciones y siga adelante  
Para bien de Nuestro municipio

y despues de este certo saludo Paso  
alo siguiente y es por aserle la solisitud  
de que si por su dinno medio me puede  
ayudar con una lata de leche Nido 1t  
de la grande ya que lo Neseesito Para mi  
Niño y no cuento con medios como poder  
comprarle se lo agradezere mucho por  
tomar en cuenta mi solisitud

Atentamente

Firma Alba Xiomara Gomez Sanchez



Aprobado:

✓ 700 Eberto

Cajón Chico

A large, stylized handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page.







ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Alba Xiomara Gomez Sanchez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 20 23 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.

Nº 627102

Yamaranguila 7 - 8 - 2023  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31 - 12 - 2023



[Signature]  
Firma y Sello del Alcalde



© 2012 Distribuidor Exclusivo  
Banco de Honduras

No. _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="font-size: small;">DÍA</th> <th style="font-size: small;">MES</th> <th style="font-size: small;">AÑO</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: large;">17</td> <td style="text-align: center; font-size: large;">05</td> <td style="text-align: center; font-size: large;">24</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	17	05	24	Por L. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7,000.00</span>
DÍA	MES	AÑO						
17	05	24						
Recibí de: <u>Caja Chica.</u>								
La Cantidad de: <u>Mil Lempira, exactos</u> Lempiras								
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud a Ciudadano David Perez Perez de la Comandancia de Zacate Blanco. Cel. 06-59-58-04.</u>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Sal. Ant. <u>1,000.00</u></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>Abono _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Saldo <u>1,000.00</u></td> <td></td> </tr> </table>	Sal. Ant. <u>1,000.00</u>		Abono _____		Saldo <u>1,000.00</u>		 _____ FIRMA	
Sal. Ant. <u>1,000.00</u>								
Abono _____								
Saldo <u>1,000.00</u>								

1016-1993-00663.

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

# Solicitud

Sacate blanco Yamaranguila Intibuca 9/05/2024

Señor alcalde Rumaldo bejarano  
y su corporacion le saludo my respetuosa  
mente que tenga muchos exitos en sus  
labores diarias.

Es para pedirle su ayuda que si me puede  
ayudar en una colaboracion por que  
tengo un problema de salud y no  
tengo recursos economicos por eso  
le estoy pidiendo aver si usted  
me puede colaborar en algo

de antemano le agradecere mucho  
espero su respuestar.

Que Dios lo (~~beniga~~) bendiga.

Atentamente

L 7000  
David Salda

Atentamente

DABID-Perez-Perez  
616 1993 00663

Cel. 96-59-58-04





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

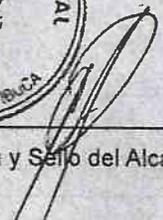
El suscrita **HACE CONSTAR:** Que el contribuyente  
David Perez Perez  
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al  
año 2024 por lo que se le extiende esta Constancia de  
pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos  
enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No.15 del 2 de  
Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional  
que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

**N° 634294**

Yamaranguila 10-5-2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024





Firma y Sello del Alcalde

Referencia y Respuesta

Referencia

Respuesta

Primer Apellido <i>perez</i>		Segundo Apellido <i>perez</i>		Nombre(s) <i>David</i>		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
No. de expediente:		No. de identidad: <i>10169340665</i>				Edad:	
Dirección: Colonia		Ciudad		Municipio		Departamento	
<i>Z. Barrio</i>		<i>Yaguajay</i>		<i>Pinar</i>		Teléfono	
Correo Electrónico:			Acompañante		Parentesco		Dirección/Teléfono
Nombre del Establecimiento que refiere/responde:		Red:		Gestor		Establecimiento que refiere o responde: UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/>	
		Institución: SESAL <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>		Centralizado <input type="checkbox"/>		Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, Especifique: <input type="checkbox"/>	
		IHSS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/>		Descentralizados <input type="checkbox"/>		Hospital, Especifique: <input type="checkbox"/>	
		Otro <input type="checkbox"/>					
Motivo del envío		Diagnóstico: <input type="checkbox"/>		Tratamiento: <input type="checkbox"/>		Seguimiento: <input type="checkbox"/> Rehabilitación: <input type="checkbox"/>	
		Describe:					
Signos y Síntomas principales:							
Resumen de datos clínicos: <i>pte de la voz hace 2 años</i>							
<i>apareció por primera vez con voz entrecortada</i>							
<i>en donde hace bucos de retro y hace</i>							
<i>1 mes como las reuniones en el</i>							
<i>no, fwh</i>							
Signos Vitales:		P/A: <i>100/60</i>		FR: <i>20</i>		P/FC: <i>66</i>	
		Tº: <i>37</i>		Peso: <i>45</i>		Talla: <i>1.4</i>	
Datos Gineco Obstétricos: FUM:		FPP:		E:		P: C: HV: HM: O: A:	
Cabeza:		<i>Normal</i>					
ORL:		<i>Ampliado</i>					
Ojos:		<i>Suave</i>					
Cuello:		<i>Suave</i>					
Tórax:		<i>Suave</i>					
Abdomen:		<i>Blanco (w RCT)</i>					
Genitales:		<i>NO</i>					
Extremidades:		<i>Muslo derecho ffw con r...</i>					
Neurológico:		<i>6 meses 15tr</i>					
Resultados de exámenes complementarios:		Evaluación de Riesgo					
<i>+ GB 7.9 U: 74.6 VAFIB.</i>		Con Riesgo <input type="checkbox"/>					
<i>HGB 11.6 Ht 37%. Ricos f...</i>		Sin Riesgo <input type="checkbox"/>					
Impresión Diagnóstica:		<i>Suspecho osteomielitis</i>					
Recomendaciones/observaciones:							
<i>Levofloxacina 750/100 x 14 d</i>							
Referido/Responde a:				Atención en:			
UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, especifique <input type="checkbox"/>				Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/>			
Nombre del Establecimiento al que se refiere o responde:				Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta			
<i>AEU</i>				Día: <i>7</i> Mes: <i>5</i> Año: <i>21</i> Hora:			
Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá				Nombre y cargo de la persona contactada:			
Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Especifique:							
Referencia/Respuesta <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista <input type="checkbox"/>				Nombre, Firma y sello del que elabora la Referencia/Respuesta:			
Elaborado por: Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Otro, Especificar:							
Cita al servicio de:		Día: Mes: Año: Hora:		Fecha y hora de recibo de la referencia o respuesta:			
				Día: Mes: Año: Hora:			
Este campo es para ser llenado exclusivamente por el Establecimiento de Salud que recibe la referencia.							HC-10
Referencia: Oportuna: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Justificada: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>					

Nota: Documentación Soporte de la ayuda social Salva. David Perez Perez.

(X)

BANCO OCCIDENTE S.A.

Apoyando al Pequeño de Hoy, Hacemos el Grande del Mañana

301 SUCURSAL LA ESPERANZA

Cajero: 03625/JOSEJGA 14:29:54

Fecha Proc: 16/05/2024 Fecha actual: 16/05/2024

COMPROBANTE DE PAGO HONDUTEL

Número de Servicio.: 27838080

Tipo de Servicio...: 1

Nombre del abonado.: ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTIB

Fecha de la factura: 202404

Derecho de Línea...: 175.00

Consumo llamada loc: 0.00

Larga distancia Nac: 15.74

Larga distancia Int: 0.00

Cargos adicionales.: 10.73

Servicio doméstico 800: 0.00

Valor del mes.....: 201.47

(+) Impuesto del mes: 30.11

(-) Descuento de mes: 0.00

(-) Créditos del mes: 0.00

(-) Impuest del Créd: 0.00

Total Neto del mes.: 231.58

Saldo anterior mes.: 0.00

Impuesto saldo ant.: 0.00

VALOR PAGADO.....: L 231.58

VALOR RECIBIDO.....: L 231.58

ESTE RECIBO NO REQUIERE SELLO NI FIRMA DEL CAJERO

21420. Telefonía Fija.

Pago de Telefonía Fija Alcaldía de Yamaranguila.  
 N° 273-80-80. 16/05/24.

Aviso de Cobro por Servicio  
RTN 08019995285054



TELEFONICO PAGARSE ANTES DE 25/05/2024 1 1 2783-8080 0  
 YAMARANGUILA ZONA 1 ABRIL 2024 04  
 ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTIBUCA PEGOMEZ  
 BAR SAN CARLOS PLAN BASICO -

	SERVICIOS	IMPUESTO	TOTAL
VALOR DEL MES	201.47	30.11	231.58
CREDITOS DEL MES	.00	.00	.00
<hr/>			
VALOR NETO DEL MES TELEFONIA	201.47	30.11	231.58
VALOR ANTERIOR 0 MESES	.00	.00	.00
<hr/>			
VALOR FACTURA TELEFONIA	201.47	30.11	231.58
<hr/>			
VALOR A PAGAR	201.47	30.11	231.58
<hr/>			
DERECHO DE LINEA	175.00	LOCAL SUB-OPERADORES	.00
CONSUMO DE LLAMADAS LOCALES	.00	SERVICIO 800	.00
LLAMADA DISTANCIA NACIONAL	8.70	LLAMADAS A CELULARES	7.04
LLAMADA DISTANCIA INTERNACIONAL	.00	ZONA - 191	.00
CARGOS ADICIONALES	10.73		
<hr/>			
VALOR DEL MES		201.47	
IMPUESTO DEL MES		+ 30.11	
CREDITOS DEL MES		- .00	
IMPUESTO DEL CREDITO		- .00	
<hr/>			
VALOR NETO DEL MES TELEFONIA			231.58
VALOR ANTERIOR MESES		.00	
IMPUESTO DEL SALDO ANTERIOR		.00	
<hr/>			
VALOR SALDO ANTERIOR			.00
<hr/>			
TOTAL A PAGAR			231.58

VALOR DE CONSUMO DE LLAMADAS LOCALES						
ESTRUCTURA	ACTUAL	ANTERIOR	DERECHO	MINUTOS	TARIFA	VALOR
	14,319 -	14,319 -	250 =	0	.50	.00

FECHA DE REPOSICION 16/05/2024

VALOR DE LARGA DISTANCIA											
FECHA	HORA	CENT	PAIS	AREA	TELEFONO	DESTINO	TIPO	TAR	MNT	ID	VALOR
04/2024	81858	CMY			96891629	CELTEL MOVI	DINA	P	1:08		4.21
04/2024	152017	CMY			94103704	CELTEL MOVI	DINA	P	4		.22
04/2024	152108	CMY			94103704	CELTEL MOVI	DINA	P	5		.29
04/2024	152158	CMY			94103704	CELTEL MOVI	DINA	P	4		.22
04/2024	101753	CMY			22303646	TEGUCIGALPA	DINA	P	12		.32
04/2024	101936	CMY			22303646	TEGUCIGALPA	DINA	P	11		.28
04/2024	102012	CMY			22308242	TEGUCIGALPA	DINA	P	10		.25
04/2024	102044	CMY			22303732	TEGUCIGALPA	DINA	P	30		.80
04/2024	102127	CMY			22302873	TEGUCIGALPA	DINA	P	1:41		2.71
04/2024	102322	CMY			22302873	TEGUCIGALPA	DINA	P	1:58		3.16
04/2024	124824	CMY			26561323	GRACIAS	DINA	P	43		1.14



Nuestra Empresa de Telecomunicaciones  
www.hondutel.hn



Aviso de Cobro por Servicio  
RTN 08019995285054



TELEFONICO PAGARSE ANTES DE 25/05/2024 1 1 2733-8080 0  
 YAMARANGUILA ZONA 1 ABRIL 2024 04  
 ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA INTIBUCA PEGOMEZ  
 BAR SAN CARLOS PLAN BASICO -

	SERVICIOS	IMPUESTO	TOTAL
LOR DEL MES	201.47	30.11	231.58
EDITOS DEL MES	.00	.00	.00
TAL NETO DEL MES TELEFONIA	201.47	30.11	231.58
LDO ANTERIOR 0 MESES	.00	.00	.00
LOR FACTURA TELEFONIA	201.47	30.11	231.58
TAL A PAGAR	201.47	30.11	231.58

RECHO DE LINEA	175.00	LOCAL SUB-OPERADORES	.00
CONSUMO DE LLAMADAS LOCALES	.00	SERVICIO 800	.00
CARGA DISTANCIA NACIONAL	8.70	LLAMADAS A CELULARES	7.04
CARGA DISTANCIA INTERNACIONAL	.00	ZONA - 191	.00
CARGOS ADICIONALES	10.73		

LOR DEL MES	201.47		
IMPUESTO DEL MES	+	30.11	
CREDITOS DEL MES	-	.00	
IMPUESTO DEL CREDITO	-	.00	
TAL NETO DEL MES TELEFONIA			231.58
LDO ANTERIOR MESES		.00	
IMPUESTO DEL SALDO ANTERIOR		.00	
TAL SALDO ANTERIOR			.00
TOTAL A PAGAR			231.58

ESTRUCTURA	ACTUAL	ANTERIOR	DERECHO	MINUTOS	TARIFA	VALOR
	14,319 -	14,319 -	250 =	0	.50	.00

FECHA DE REPOSICION 16/05/2024

FECHA	HORA	CENT	PAIS	AREA	TELEFONO	DESTINO	TIPO	TAR	MNT	ID	VALOR
/04/2024	81858	CMY			96891629	CELTEL MOVI	DINA	P	1:08		4.21
/04/2024	152017	CMY			94103704	CELTEL MOVI	DINA	P	4		.22
/04/2024	152108	CMY			94103704	CELTEL MOVI	DINA	P	5		.29
/04/2024	152158	CMY			94103704	CELTEL MOVI	DINA	P	4		.22
/04/2024	101753	CMY			22303646	TEGUCIGALPA	DINA	P	12		.32
/04/2024	101936	CMY			22303646	TEGUCIGALPA	DINA	P	11		.28
/04/2024	102012	CMY			22308242	TEGUCIGALPA	DINA	P	10		.25
/04/2024	102044	CMY			22303732	TEGUCIGALPA	DINA	P	30		.80
/04/2024	102127	CMY			22302873	TEGUCIGALPA	DINA	P	1:41		2.71
/04/2024	102322	CMY			22302873	TEGUCIGALPA	DINA	P	1:58		3.16
/04/2024	124824	CMY			26561323	GRACIAS	DINA	P	43		1.14



No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <u>7,000.00</u>
	<u>20</u>	<u>17</u> ' <u>5</u>	<u>24</u>	
Recibí de: <u>Caja chica.</u>				
La Cantidad de: <u>MSI Lempiras exactos</u> Lempiras				
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud a la maña.</u>				
<u>Araely Janseth. Garcia. Sanchez de la Comunidad</u>				
Sal. Ant.	<u>1,000.00</u>	<u>Las Olivos, Comprovincia Su</u> <u>Mache Sebastiana Garcia Sanchez</u> <u>Sebastiana Garcia Sanchez</u> FIRMA <u>1606-1982-00078</u>		
Abono	_____			
Saldo	<u>1,000.00</u>			

54110. Ayuda Social a personas (transferencia de capital).

Los Olivos Yamaranguila dia Viernes  
3 de mayo del Año 2024

Muy buenos dias. Apreciado Alcalde municipal  
de yamaranguila Rumualdo Vejarano, deseandole  
un buen dia y que se encuentre bien de Salud  
deseandole buenos exitos en su Vida.

yo Sebastiana Garcia Sanchez madre Saltera  
le solicito una ayuda en lo economico porque  
tengo una niña caso especial y necesito  
llevarla al hospital le detectaron tumor  
cerebral a se 8 años y me lo operaron  
y le vuelve a enpesar la misma enfermedad  
y no me atienden en el hospital Enrique aguilar  
ceirato, me mandan para el hospital escuela  
necesito su apoyo porque soy una mujer de  
bajos recurso y no tengo modo como movilizarlo  
agradecida por su atención y esperando que  
su apollo, como yo imi familia lo emos  
apollado y lo seguiremos apollando. gracias;

Cel. 97-24-16-43

92-18-19-29

Firma Sebastiana Garcia Sanchez

DNI 1006-1992-00078

Presidente

Santos Esquivel  
1016-1977-060

Aprobado

Ayuda Social  
Caja Chica







# UNAH - HOSPITAL ESCUELA

TEGUCIGALPA, HONDURAS, C. A.

SALA:	FECHA DE EGRESO	HORA EGRESO	DESTINO
NCP	01-10-15	11:00am	
DIAGNOSTICO DE INGRESO:	Astrocitoma Gl, Hidrocefalia + DVP		
HTE			
RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:	Paciente es ingresada por presentar ematosis bilateral en biopsia que muestra astrocitoma Gl pilocítico. Se envían biopsias a hospital de St. Jules para confirmar dx.		
EXAMENES:	Biopsia, hemograma, química, química especial		
TAC			
EVOLUCION:	Subsecutorio		
DIAGNOSTICOS FINALES:	Astrocitoma Gl pilocítico, presencia de masa cerebral		
CONDICION DE SALIDA:	Alta médica		
OBSERVACIONES:	Regresa CIE NCP 10-10-15 para resultados de biopsia de St. Jules y se repide al Servicio de oncología pediátrica		
CITA DE CONSULTA EXTERNA:	11-10-15		
FIRMA Y CLAVE DEL MEDICO RESIDENTE:			
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS:	EDAD:	HISTORIA CLINICA:	
Arelly Yamileth García Sánchez	5a	265 70 97	

## EPICRISIS

Nota: Documentación soporte de la agenda social salud de la niña Arelly Yamileth García Sánchez.

Fecha y hora de cita: \_\_\_\_\_



**TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDECTORA**

NOMBRE COMPLETO DE PACIENTE:				HISTORIA N°
Arelly Vanleth Guzmán				2651097
EDAD	SEXO	PESO (kg)	SALA	FECHA DE SOLICITUD
9	M (F)	26	Ne. 109	13/09/11

DATOS CLÍNICOS: paciente que presenta  
Reseña de histiocitos preleucóticos  
que estuvo en Quinioterapia

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Histiocitos preleucóticos

ANTEC. QUIRÚRGICOS	SI	NO	ALÉRGICOS	SI	NO
CUÁLES:			CUÁLES:		
INGESTA ACTUAL DE METFORMINA	SI	NO	Necesario suspender metformina 48 hrs. antes y después de contraste I.V.		
ESTUDIOS LABORATORIALES			BIOPSIA(S) PREVIA(S)	SI	NO
CREATININA	_____ mg/dl		RESULTADO DE BIOPSIA(S):		
OTROS	_____				
ÍNDICE DE FILTRACIÓN GLOMERULAR:	_____		ml/min/1.73m <sup>2</sup>	(no llenar)	
ESTUDIOS RADIOLÓGICOS PREVIOS:	SI	NO	PRESTAR ESTUDIOS PREVIOS PARA CORRELACIÓN CON TOMOGRAFÍA		
rayos X, ultrasonido, tomografía y/o R.M.					

TOMOGRAFÍA SOLICITADA: TRM cerebral



NOMBRE DE ESPECIALISTA SOLICITANTE: Jonathan Rodríguez



FIRMA Y SELLO DE ESPECIALISTA

NOMBRE Y FIRMA DE RADIOLOGO QUE AUTORIZA | TRABAJO SOCIAL

HOSPITAL ESCUELA  
TEGUCIGALPA, HONDURAS, C. A.

CitoyENCP 11-10-15

TRANSITO DE PACIENTES

HISTOR

CONSULTA EXTERNA  
NEUROCIROGIA PEDIAT  
HOSPITAL ESCUELA

NOMBRE DEL PACIENTE:

Aely Yamileth Maraca

DATOS CLINICOS:

Px remeru de 5 años de edad  
de: (1) Astrocitoma G I, Hidrocefalia t derivada  
prionel, HTEC, pendiente resultados de lo  
a St. Jules

Cita en línea

DIAGNOSTICO:



01

10

15

DIA

MES

AÑO

FIRMA DEL MEDICO QUE REMITE



# AGROPECUARIA ARITA

Venta de Productos Agropecuarios y Ferrería

Prop: Manuel Antonio Arita Ortiz • R.T.N.: 04101981004348

San Francisco, Contiguo a Taller de Soldadura Ebenezer, Yamaranguila, Intibuca  
Honduras, C.A • Correo: ferrearitayamaranguila@gmail.com

Tel: (504) 9847-8654

Rango Autorizado:

000-001-01-00003801 al 000-001-01-00004200

DIA	MES	AÑO
21	5	24

Cliente: Alcaldia Municipal.  
 R.T.N.: 10169003429966  
 Dirección: Yamaranguila, Intibuca

CANT.	DESCRIPCION	P/U	TOTAL
12	Docena lima toronado	24.16	290

Original: Cliente - Copia: Obligado: Tributario Emisor

IMPRESA UNIDAS S. DE RL. TEL: 9471728 / 28274004. R.T.N. 182892923005. CATEGORICO A. 0211211000176

CAI: 726699-91FF6D-D6409B-E81BAA-A89F53-99  
 Fecha de Recepción: 30/05/2023  
 Fecha Límite de Emisión: 30/05/2024

Firma:

Datos Adquiriente Exonerado	
Orden de Compra Exenta	
No. de Constancia de Reg. Exonerado	
No. de Registro de SAG	

Descuentos y Rebajas Otorgadas L.	
Importe Exonerado L.	
Importe Exento L.	
Importe Gravado 15% L.	252.12
Importe Gravado 18% L.	
15% I.S.V. L.	37.83
18% I.S.V. L.	
TOTAL A PAGAR L.	290.00

Docientos noventa limpias exactos.

Valor en Letras

**FACTURA** 000-001-01-00

**Nº 004141**

La Factura es beneficio de Todos "Exijala"

36400. Herramientas menores.

Pago de limas, Mantenimiento de árboles y Flores.  
Parque el bosque. 21/05/24.

Caja Costarricense de Seguro Social - CCSS Distribuidor Exclusivo

No. \_\_\_\_\_

DIA	MES	ANO
22	05	24

Por L. 7,000.<sup>00</sup>

Recibí de: Caja Ahorra.

La Cantidad de: Mil. Lempiras. Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Salud a la niña

Melago Abigail. Sanchez Vasquez de la Comandancia

de Santa Cruz. Su madre Angela

Merari Vasquez Medina.

Angela Merari Vasquez

Sal. Ant. 7,000.<sup>00</sup>

Abono 00

Saldo 7,000.

FIRMA

0801 1999 14559

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

# Solicitud

Santa Cruz del Rosario Yamaranguila  
Fecha Día Jueves 2 de mayo 2024  
Departamento de Anjela Merari Vasquez  
Medina Estoy aciendo yegar  
un atento y cordial saludo a  
ustedes Señor Alcalde y toda la  
Corporación municipal que Dios  
y la Virgen les de muchas bendiciones  
en sus labores de trabajo

Despues de este corto saludo pasa a lo  
siguiente a solicitarle que si nos  
puede apoyar en 6000 para compras  
de leche y biages ~~dep~~ y sillas para  
teusigalpa ya que mi niña es  
caso especial y necesito que me  
apoyen. Espero me atiendan mi  
peguera Solicitud

Firma Anjela Merari Vasquez

Medina

patronat

Salome Rodriguez Sanchez

Aprobacion  
Lps. 1.000.00  
zelosky



Cel. 92-95-09-69.

97-12-83-65.



REPÚBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

# CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

El Infrascrito Comisionado Presidente del Registro Nacional de las Personas, con fundamento en el Decreto Legislativo No. 62-2004, Artículo No. 5, numeral 1; Artículo 6, numeral 1, 5 y 6; y Decreto Constitucional No. 200-2018, Artículos 43-A y 43-B; CERTIFICA, que en los archivos electrónicos de nacimientos contenidos en la base de datos de esta institución se encuentra el acta de nacimiento número: 

1	0	1	6	-	2	0	2	3	-	0	0	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 065 del tomo 00268

del Año 2023 y que pertenece a:

a) SANCHEZ Primer Apellido b) VASQUEZ Segundo Apellido  
c) MILAGRO ABIGAIL Nombre SEXO F  M

y cuya información es la siguiente:

1.) Lugar, fecha y orden de nacimiento

a) YAMARANGUILA Municipio b) INTIBUCÁ Departamento c) HONDURAS País  
d) VEINTIUNO Día e) NOVIEMBRE Mes f) 2023 Año

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

a) SANCHEZ Primer Apellido N. Identidad: 1016-1992-00124  
b) VASQUEZ Segundo Apellido  
c) RODIMIRO Nombre d) HONDUREÑA Nacionalidad

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

a) VASQUEZ Primer Apellido N. Identidad: 0801-1999-14559  
b) MEDINA Segundo Apellido  
c) ANGELA MERARI Nombre d) HONDUREÑA Nacionalidad

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en GENERADA DESDE LA APP Municipio GENERADA DESDE LA APP Departamento

a los: DIEZ días del mes de ABRIL

del DOS MIL VEINTICUATRO


FIRMA Y SELLO DEL COMISIONADO PRESIDENTE







ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente  
Angela Merari Vasquez  
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al  
año 20 24 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° 634509

Yamaranguila Int 02/05/2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 3-12-2024



[Handwritten Signature]

Firma y Sello del Alcalde





**CARNET DE PERSONA CON DISCAPACIDAD**



Nombre  
**MILAGRO ABIGAIL**  
Apellido  
**SANCHEZ VASQUEZ**  
No. de identidad  
**1016 2023 00456**  
No. de emergencia  
**+504 9295-0969**

Fecha de emisión: 10/04/2024  
Fecha de expiración: 10/04/2028





ONG Distribuidor Exclusivo

No. _____	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="font-size: 8px;">DIA</td> <td style="font-size: 8px;">MES</td> <td style="font-size: 8px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 1.2em;">23</td> <td style="text-align: center; font-size: 1.2em;">05</td> <td style="text-align: center; font-size: 1.2em;">24</td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	23	05	24	Por L. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">700.00</span>
DIA	MES	AÑO						
23	05	24						
Recibí de: <u>Caja Chica.</u>								
La Cantidad de: <u>Selecientos exactos.</u> Lempiras								
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud a la niña.</u>								
<u>Gustavo Sanchez Bautista de la Comunidad de</u>								
<u>Quascotero, Su madre Ana Bastista</u>								
<u>Rodriguez.</u>								
Sal. Ant. <u>700.00</u>	<u>ANA BASTISTA</u> <small>FIRMA</small> <u>10 10 19900 333</u>							
Abono _____								
Saldo <u>700.00</u>								

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

Solicitud.

Guasacoloro yamaranguila 23 / 5 / 2024

Ingeniero - Rumaldo Bejarano Rodrigues.  
Reciba un atento y cordial saludo al lado  
de toda su corporación Municipal.  
deceando exitos en sus labores diarias

yo Ana Bautista mayor de edad.  
soltera - 1016 1992-00 333. en vista de la  
necesidad y escaso de dinero. pero no  
no puedo comprar los medicamento  
ya que el niño lo tengo con muchos  
enfermedades. Gustavo Bautista R.  
que me Resetan del Hospital

De ante mano quedare muy agradecida  
ante usted por el apoyo quedare  
agradecida - por su contancia

Firma - Ana Bautista.  
1016 1992. 00 333.

Ma Ana Lemuz.  
Pre-patronato

Este Niño es Hondureño, no lo abandone ni en la miseria, ni en la ignorancia.

Presente esta Boleta cuando lleve a este Niño al Centro de Salud.

Mande a su Hijo a la Escuela para que sea un Hondureño digno y lleve con orgullo el nombre de sus padres presente esta Boleta Al Matriculário.

"Los padres están obligados a Alimentar, Asistir y Educar a sus Hijos durante su minoría de edad, y en los demás casos que legalmente proceda"

ARTICULO 121, PARRAFO 1 DE LA CONSTITUCION DE LA REPUBLICA

REPUBLICA DE HONDURAS  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS



CONSTANCIA DE INSCRIPCION

1016

REGISTRO DE NACIMIENTOS

1016201400436

NUMERO DE IDENTIDAD

OFICINA MUNICIPAL DEL R.N.P. DE

Yammaranguila Intibucá

MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO

INSCRIPCION DE NACIMIENTO

AÑO 2014 TOMO 215 FOLIO 45 CTA NO.

00436

INSCRITO:

Eustavo

Sánchez

Primer Apellido

Bautista

Segundo Apellido

Día Mes Año

16042014

Fecha de Nacimiento

F M

Sexo

TIPO DE SANGRE

00

TIPO-CODIGO

RH P N

PADRE

Dominico Sánchez Hernández

Nombre y Apellidos

MADRE

Ana Bautista Rodríguez

Nombre y Apellidos

Hondureña

Nacionalidad

Yammaranguila Intibucá 08-08-2014

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y Sello del Registrador Civil Municipal





ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito **HACE CONSTAR:** Que el contribuyente  
Ana Bautista Rodriguez  
ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al  
año 20 24 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.

Nº 634387

Yamaranguila 07-05-2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024



Firma y Sello del Alcalde

Nota. Documentación Soporte de la ayuda social Salud de la niña Gustavo Sanchez Bautista.

1



**Laboratorio Clínico SUPYBRI**

Bo. Las Flores contiguo a papalería Ariel, Yamaranguila, Intibucá Cel: 9274-8444 / 9999-3896

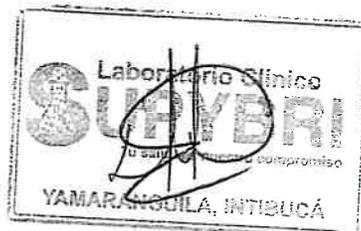
Solicitud para Examen de Laboratorio

**NOMBRE: GUSTAVO SANCHEZ**

**EDAD : 9 SEXO : M FECHA : 22 /05/2024**

**EXAMEN GENERAL DE ORINA**

VOLUMEN		EXAMENES QUIMICOS		Campo 40X	RESULTADOS
COLOR	AMARILLO	URUBILINOGENO	NEGATIVO	Celulas Epiteliales	ESCASAS
ASPECTO	LIG TURBIO	GLUCOSA	NEGATIVO	BACTERIAS	MODERADAS
		BILIRRUBINA	NEGATIVO	LEVADURAS	NO SE OBS
DENSIDAD ESPECIFICA		CETONAS	NEGATIVO	CRISTALES	NO SE OBS
	1.015	V. REFER	SANGRE	MUCUS	NO SE OBS
		PH	6,0	CONTAR POR CAMPO 40 X	
PROTEINA/24HORA	10.140 MG	PROTEINAS	Negativo 4	ERITROCITOS	O XCAMPO
CREATININA/24 HORA	0.9-1.5g/24	NITRITOS	NEGATIVO	LEUCOCITOS	2-4 XCAMPO
		LEUCOCITOS	NEGATIVO	CILINDROS CONTAR POR CAMPO 10X	
OTROS				Granuloso	
BAAR Sedimento Urinario				Hialino	
PB. Embarazo				Céreo	
Observaciones				Otros	
Observaciones					



# Informe de análisis de hematología

Nombre de pila: Gustavo  
 Apellido(s): Sanchez  
 Género: Hombre  
 Diagnóstico:

Tipo de muestra:  
 Departamento:  
 Hist. clín. N.º:

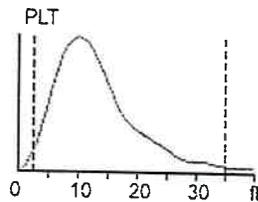
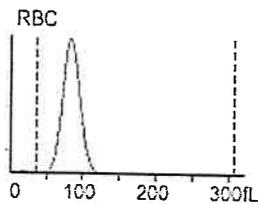
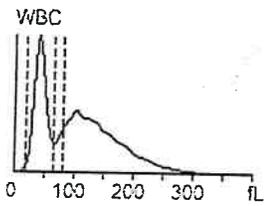
ID de muestra: 903  
 Hora de análisis: 2024/05/22 07:40  
 Edad: 9 Año

Parámetro	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1 WBC	4,87 ↓	5,00-12,00	10 <sup>3</sup> /uL
2 Lym%	32,9	20,0-40,0	%
3 Gran%	62,2	50,0-70,0	%
4 Mid%	4,9	3,0-9,0	%
5 Lym#	1,61	0,80-4,00	10 <sup>3</sup> /uL
6 Gran#	3,03	2,00-7,00	10 <sup>3</sup> /uL
7 Mid#	0,23	0,10-0,90	10 <sup>3</sup> /uL
8 RBC	4,62 ↓	4,00-5,20	10 <sup>12</sup> /L
9 HGB	11,9 ↓	12,0-15,5	g/dL
10 HCT	36,5 ↓	35,0-49,0	%
11 MCV	79,0 ↓	82,0-95,0	fL
12 MCH	25,8 ↓	27,0-31,0	pg
13 MCHC	32,7 ↓	32,0-36,0	g/dL
14 RDW-CV	12,6	11,5-14,5	%
15 RDW-SD	35,7	35,0-58,0	fL
16 PLT	257	100-300	10 <sup>3</sup> /uL
17 MPV	10,2	7,0-11,0	fL
18 PDW	9,4	9,0-17,0	fL
19 PCT	0,261	0,108-0,282	%
20 P-LCR	26,3	11,0-45,0	%
21 P-LCC	68	30-90	10 <sup>3</sup> /uL

Mensaje WBC

Mensaje RBC

Mensaje PLT



2

Emisor:  
 Operator: admin  
 Autorizador:

Hora de muestreo: 2024/05/22 07:40  
 Hora recibida:  
 Observaciones:

Hora del informe: 2024/05/22 07:46  
 Tiempo validado:

\*El informe es responsable de esta muestra únicamente. Si tiene alguna pregunta, contacte con nosotros en 24 horas.



**Laboratorio Clínico SUPYBRI**

Bo. Las Flores contiguo a papalería Ariel, Yamaranguila, Intibucá Cel:  
9274-8444 / 9999-3896

Solicitud para Examen de Laboratorio

NOMBRE GUSTAVO SANCHEZ

EDAD: 9 SEXO: M FECHA: 22 /05/2024

*EXAMEN GENERAL DE HUCMS*

EXAMEN FISICO		EXAMEN MICROSCOPICO					
COLOR	AMARILLA	PARASITO	Q	T	PARASITO	H	L
CONSISTENCIA	DIARREICA	E. Coli	+		A. Lumbricoides		
SANGRADO MACRO		E. Nana			T. Trichiura		
MOCO		E. Hartmali			H. Nana		
SANGRE OCULTA		I. Butshlii	++		E. Vermicularis		
		G. Lamblia	+		Trichomonas Homínis		
		B. Homínis	+				
OTROS HALLAZGOS	LEUCOCITOS	-0-		COLORACION	%	POLIMORFONUCLEARES	
	ERITROCITOS	-0-		DE WRITH	%	MONONUCLEARES	
	LEVADURAS			HELICOBACTER			
Observaciones							





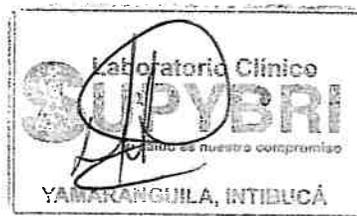
Laboratorio Clínico SUPYBRI

Bo. Las Flores contiguo a papalería Ariel, Yamaranguila, Intibucá Cel:  
9274-8444 / 9990-3896

Nombre: GUSTAVO SANCHEZ  
EDAD: 9 SEXO: M FECHA: 22/05/2024

**EXAMEN FROTIS DE SANGRE PERIFERICA**

- **SERIE BLANCA** : RECUENTO LIGERAMENTE BAJO
- **SERIE ROJA** Hipocromía +
- **SERIE TROMBOCITICA** : SIN ALTERACIONES MORFOLOGICAS



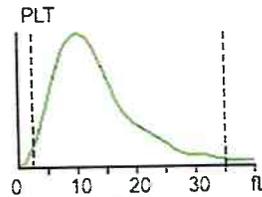
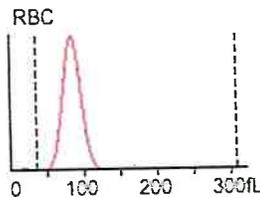
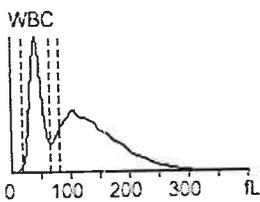
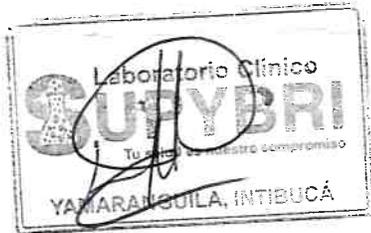
# Informe de análisis de hematología

Nombre de pila: Gustavo  
 Apellido(s): Sanchez  
 Género: Hombre  
 Diagnóstico:

Tipo de muestra:  
 Departamento:  
 Hist. clín. N.º:

ID de muestra: 903  
 Hora de análisis: 2024/05/22 07:40  
 Edad: 9 Año

Parámetro	Resultado		Rango de ref.	Unidad	
1 WBC	4,87	↓	5,00-12,00	10 <sup>3</sup> /uL	Mensaje WBC
2 Lym%	32,9		20,0-40,0	%	
3 Gran%	62,2		50,0-70,0	%	
4 Mid%	4,9		3,0-9,0	%	
5 Lym#	1,61		0,80-4,00	10 <sup>3</sup> /uL	
6 Gran#	3,03		2,00-7,00	10 <sup>3</sup> /uL	
7 Mid#	0,23		0,10-0,90	10 <sup>3</sup> /uL	
8 RBC	4,62		4,00-5,20	10 <sup>12</sup> /L	
9 HGB	11,9	↓	12,0-15,5	g/dL	
10 HCT	36,5		35,0-49,0	%	
11 MCV	79,0	↓	82,0-95,0	fL	Mensaje RBC
12 MCH	25,8	↓	27,0-31,0	pg	
13 MCHC	32,7		32,0-36,0	g/dL	
14 RDW-CV	12,6		11,5-14,5	%	
15 RDW-SD	35,7		35,0-58,0	fL	
16 PLT	257		100-300	10 <sup>3</sup> /uL	
17 MPV	10,2		7,0-11,0	fL	
18 PDW	9,4		9,0-17,0	fL	
19 PCT	0,261		0,108-0,282	%	
20 P-LCR	26,3		11,0-45,0	%	
21 P-LCC	68		30-90	10 <sup>3</sup> /uL	Mensaje PLT



Emisor:  
 Operator: admin  
 Autorizador:

Hora de muestreo: 2024/05/22 07:40  
 Hora recibida:  
 Observaciones:

Hora del informe: 2024/05/22 07:46  
 Tiempo validado:

\*El informe es responsable de esta muestra únicamente. Si tiene alguna pregunta, contacte con nosotros en 24



