



## Reposiciones del Fondo en Avance de Caja Chica

Honduras, C.A.

Moneda: Lempiras (L)

Expediente No.: 50

No. Rendición: 8343309


ESTRUCTURA	DESCRIPCION DEL GASTO	SUB-TOTAL	TOTAL	RETENCIONES	LIQUIDO
<b>SERIE: 01-08-11</b>	<b>NUMERO: 01-08-11</b>				
11 03 000 002 000 54110 11-001-01	Ayuda Social salud al niño Elder Abrahan Lorenzo Gomez de la Comunidad de San Miguel el Pelon./Ayuda social educacion al joven Allan Joel Vasquez Bautista de la Comunidad de Oloas, Yamaranguila, Yamaranguila./ Ayuda social a la joven Milagro Dayana Lorenzo Perez de la Comunidad de las Lajas, Yamaranguila.	2,500.00			
	Total Factura:		2,500.00	0.00	2,500.00
<b>SERIE: 02-06-09</b>	<b>NUMERO: 02-06-09</b>				
12 00 000 004 000 54110 11-001-01	Ayuda social salud a Veronica Manueles Lopez de la Comunidad de Santa Cruz del Rosario./Ayuda social salud a Maria Santos Perez Manueles de la Comunidad de Aradas./ Ayuda social salud a la ciudadana Marcelina Lopez Gomez de la Comunidad de Carrizal- Seamane	3,000.00			
	Total Factura:		3,000.00	0.00	3,000.00
<b>SERIE: 03</b>	<b>NUMERO: 03</b>				
13 04 000 001 000 54200 11-001-01	Pago de sello de madera patronato de la Comunidad del Cerron, Yamaranguila.	350.00			
	Total Factura:		350.00	0.00	350.00
<b>SERIE: 04-13</b>	<b>NUMERO: 04-13</b>				
03 00 000 004 000 39200 11-001-01	Pago de sello metalico Unidad Tecnica Municipal (UTM)/Pago de cinta truper de 50 metros (catastro).	720.00			
	Total Factura:		720.00	0.00	720.00
<b>SERIE: 05</b>	<b>NUMERO: 05</b>				
13 03 000 001 000 54200 11-001-01	Pago de kit de pintura para mantenimiento de area Municipales.	883.00			
	Total Factura:		883.00	0.00	883.00
<b>SERIE: 07</b>	<b>NUMERO: 07</b>				
13 03 000 001 000 54200 11-001-01	Apoyo a UAPPS Zacate Blanco para llevar a cabo el 2do feria de la Salud.	1,000.00			
	Total Factura:		1,000.00	0.00	1,000.00
<b>SERIE: 10</b>	<b>NUMERO: 10</b>				
13 02 000 008 000 54110 11-001-01	Ayuda social salud al ciudadano Evelio Sanchez Vasques del Barrio Llano Largo.	1,000.00			
	Total Factura:		1,000.00	0.00	1,000.00
<b>SERIE: 12</b>	<b>NUMERO: 12</b>				
04 00 000 004 000 26210 11-001-01	Pago de transporte a tecnico de (OMNAJ) para capacitacion realizada en Tegucigalpa.	380.00			
	Total Factura:		380.00	0.00	380.00
<b>SERIE: 14</b>	<b>NUMERO: 14</b>				
03 00 000 004 000 39100 11-001-01	Pago de elementos de limpieza y aseo personal (papel higienico).	167.00			
	Total Factura:		167.00	0.00	167.00
<b>Total:</b>					<b>10,000.00</b>

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>

0s+js/βJmDsDNVgyk0AdNmWLIBtyBSr6lDwd4h7RV39/MexfuJ7khBqEydnc7cknbnmq2Qc3vmMthH75fjmJ65tx3rxO6608tt5MEzgwH8Tf/HJW0A0MIJaUngxlGsfC

(1)

No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <u>1,000.00.</u>
	9	08	24.	
Recibí de: <u>Caja chica.</u>				
La Cantidad de: <u>Mil Lempiras Exactos</u> Lempiras				
Por Cuenta de: <u>Ayuda Social Salud al niño. Elder.</u>				
<u>Alcázar Lorenzo Gomez., Su madre Dmora. Amada.</u>				
Sal. Ant. <u>LPS, 1,000.00</u>	<u>Lorenzo Gomez de la Comunidad de</u>			
Abono _____	<u>San Miguel el Pelon, Comarca Atlacapa</u>			
Saldo <u>LPS, 1,000.00.</u>	<u>Dmora Amanda Lorenzo</u>			
	10 16 1993 00718 FIRMA 			

© 2013 ONZ Distribuidor Exclusivo de Honduras

54716. Ayuda social a personas (transferencia de capital)

Comunidad San Miguel Yamaranguila.  
09 08 2024

Para Ingro Rumualdo Verjarano

por este medio un atento y cordial saludo  
deseándole éxitos en sus actividades en bien  
de nuestro pueblo y como alcalde de municipio

después de este corto saludo la siguiente petición.

Solicitarle me ayude con mil lps para transporte  
para viajar a Tegucigalpa al hospital escuela  
a cita a la sala del niño con cáncer.

Con mi niño Elder Abraham Lorenzo, y así mi  
hijo pueda seguir recibiendo atención médica,  
y confiando en Dios pueda mejorar su salud.

Soy madre soltera de escasos recursos y no cuento  
con un empleo  
de ante mano le agradezco su valiosa colaboración.

Maria Karolina Rey  
106-1985-0-10-28



Subordio - Salud  
Lps. 1,000.00  
9/08/24

# CERTIFICACIÓN DE ACTA DE NACIMIENTO

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

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

 ubicada en el folio 025 del tomo 00205

*Número de Identidad*

Año 2013 y que pertenece a:

a) LORENZO *Primer Apellido* b) GOMEZ *Segundo Apellido*

c) ELDER ABRAHAN *Nombre* SEXO F  M

ya información es la siguiente:

Lugar, fecha y orden de nacimiento

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

d) VEINTITRES *Día* e) DICIEMBRE *Mes* f) 2012 *Año*

úmero de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad del padre:

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

mero de identidad, apellidos, nombre y nacionalidad de la madre:

*N. Identidad: 1016-1993-00718*

a) LORENZO *Primer Apellido* b) GOMEZ *Segundo Apellido*  
c) DINORA AMANDA *Nombre* d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

as marginales autorizadas:

NINGUNA

na en YAMARANGUILA *Municipio* INTIBUCA *Departamento*

OCHO días del mes de AGOSTO

VEINTIDOS

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



FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR CIVIL

1006 2013 00124

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

Elder Abraham Lorenzo Gómez

EDAD

118

SEXO

(M)

F

ESTUDIOS ANTERIORES

SI

NO

SERVICIO SALA

Oncología med

CAMA

FECHA

SOLICITUD

23/7/24

DATOS CLINICOS:

Paciente con ex linfoma de Hodgkin III bulky, Actualmente en vigilancia para control.

EXAMEN SOLICITADO:

Ulc de cuello

NOMBRE MEDICO RESIDENTE O ESPECIALISTA

Nº CODIGO FIRMA MED.

SOLICITUD RECIBIDA:

PACIENTE EXAMINADO



DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

CITA: 19 - Agosto 2024

- Trámite de Pago

ULTRASONIDO  
HOSPITAL ESCUELA  
UNIVERSIDAD

7:00 AM

FECHA Y HORA DEL INFORME

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

RAYOS "X"



ORDEN DE PAGO PARA ESTUDIO RADIOLOGICO  
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

HE. D. G. G. G.

NOMBRE DEL PACIENTE: Elder A. Lorenz.

Nº DE EXPEDIENTE: 1006 2013 00126 FECHA: 23-07-24

ESTUDIO A REALIZAR: USG ecck

VALOR LPS.: 200 = 1P5

NOMBRE DE EMISOR DE BOLETA: Elmer R



Nota: El pago correspondiente a este estudio deberá efectuarse en el servicio de caja o según valoración Trabajo Social.

Nota: Documentación Soporte de la ayuda social del niño Elder.  
Abraham Lorenzo Gomez de la. San Miguel el Pelon. 9109124

1006 2013 00120

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: <i>Elder Abraham Lorenzo Gomez</i>		EDAD <i>118</i>	SEXO <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F
---	--	--------------------	--

ESTUDIOS ANTERIORES <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	SERVICIO SALA <i>Oncologia med</i>	CAMA	FECHA	SOLICITUD <i>23/7/24</i>
---	---------------------------------------	------	-------	-----------------------------

DATOS CLINICOS:

*paciente con dx Linfoma de Hodgkin III bulky. Actualmente en vigilancia por control.*

EXAMEN SOLICITADO: *VSG de cuello*

NOMBRE: MEDICO RESIDENTE O ESPECIALISTA

Nº CODIGO FIRMA MED.

SOLICITUD RECIBIDA:

PACIENTE EXAMINADO



FECHA Y HORA DEL INFORME

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

**RAYOS "X"**





VALIDO HASTA:

31-12-2024



Firma y Sello del Alcalde



ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR; Que el contribuyente Dinora Amanda Juarez Gomez 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° **632875**

Yamaranguila  
Lugar y Fecha

30-7-2024



Fecha: 22/07/2024

## Solicitud

Reciba un atento y Cordial Saludo Señor Alcalde municipal: Romualdo bejarano y toda Su Corporación.

Esperando que el divina Creador del Cielo Derrame muchas bendiciones en todas Sus labores diarios que Decempeñen. Despues de este Corto Saludo paso alo Siguiente

Es para manifestarle mi Situación de Salud Señor alcalde ya que yo Veronica manueles Lopez Tengo 6 meses que estoy muy malde Salud y me Siento muy preocupada por que el medico me detecto un fuerte Soplo en el Corazon y tengo 20 Semanas de embarazo y tengo que Comprar medicamento y andar Cada 7 diaz cita. en el cis de yamaranguila y en clinica En donde yo Soy una mujer de escaso de Recursos economicos por eso yo tome mis decisiones de presentarles esta Solicitud para que usted Como autoridad del municipio me pueda Colaborar en dinero para Seguir mis viajes donde el medico me Refiera y comprar mi Medicamentos.

Espero que tome en cuenta mi Solicitud

Firma del Solicitante  
Veronica manueles Lopez  
1013-1994-00203

Firma y Sello del Patronato  
Salome Rodriguez Sanchez



Subsidio Salud  
LPS. 1,000.00.

Cel. 99-80-90-46.





ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Verónico Monudes Lopez

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 628535

Yamaranguila 06-01-2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024



Firma y Sello del Alcalde



Referencia y Respuesta				Referencia	Respuesta
Primer Apellido Lopez	Segundo Apellido	Nombre(s) Veronica Moncales		Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	
Nº de expediente: 04 683		Nº de Identidad: 1013 1994 00203		Edad: 29	
Dirección: Colonia Santa Cruz	Ciudad Caramayula	Municipio Intibuca	Departamento Intibuca	Teléfono 99 86 9446	
Correo Electrónico: No tiene	Acompañante	Parentesco	Dirección/Teléfono		
Nombre del Establecimiento que refiere/responde: Unico Centro Hospital - SM	Red: San Juan.	Miguel Sedy espasa	9678 0784		
	Institución: SESAL <input checked="" type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> IHSS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Gestor Centralizado <input type="checkbox"/> Descentralizados <input checked="" type="checkbox"/>	Establecimiento que refiere o responde: UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlinico <input type="checkbox"/> Hospital, Especifique: SMI-SM		
	Motivo del envío:	Diagnóstico: <input type="checkbox"/> Tratamiento: <input type="checkbox"/> Seguimiento: <input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitación: <input type="checkbox"/>	Describe: Paciente críptica con posible cardiopatía		
Signos y Síntomas principales: críptica					
Resumen de datos clínicos: USG: fu hirsuto 26 21 56 x Febrencia Pte de 405g (CP 06-07); PMS: Embarazo de 21 56 x ECA C Feb' pefero pefero gubacul, pef 57.					
Signos Vitales P/A: 10/60 FR: 19 P/FC: 85 T: 36.5 Peso: 43.4 Talla: 1.38.					
Datos Gineco Obstétricos: FUM: 5/2/24 FPP: 12/11/24 B3 P02 C:0 HV: 02 HM: 0 0:0 A: 0					
Cabeza: Normal					
ORL: No se evaluó					
Ojos: Normal					
Cuello: Normal no ingurgitación yugular					
Tórax: S. pu holusibilido pefero peferidos.					
Abdomen: Pef 157 MF fu AUC/10					
Genitales: No se evaluó					
Extremidades: No se evaluó					
Neurológico: No se evaluó					
Resultados de exámenes complementarios: No se realizó laboratorios SMI-SM. Con Riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Sin Riesgo <input type="checkbox"/>					
Impresión Diagnóstica: F- Embarazo 21 x fu - 1 ceta Baye Cerebro normal					
Recomendaciones/observaciones: 1- Peferidos 1 de 2 - 1 vigilie de signos de alarma Cabeza SMI-SM 12/8/24, peferidos por CIS cabeza se evaluó peferidos normal HSE					
Referido/Responde a: Cerebro normal <input type="checkbox"/> UAPS <input checked="" type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlinico <input checked="" type="checkbox"/> Hospital, especifique:			Merita atención en: <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización Otros, especifique:		
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde: CIS Caramayula			Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta: Día: 11 Mes: 07 Año: 24 Hora: 11:20		
Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, Especifique:			Nombre y cargo de la persona contactada:		
Referencia/Respuesta elaborada por: <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Médico Especialista <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Auxiliar Enfermería <input type="checkbox"/> Otro, Especificar:			Nombre, firma y sello del que elaboró la Referencia/Respuesta: Dr. Aguila		
Cita al servicio de: SMI-SM			Fecha y hora de recibo de la referencia o respuesta: Día: 11 Mes: 07 Año: 24 Hora: 10:40		
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"/>			Justificada: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
HC-10					

Nota: Documentación Soporte de la ayuda Social a Veronica Moncales de Santa Cruz de Rosario. 12/08/24



# R.S.D.I./SECRETARIA DE SALUD

## Gestor Descentralizado MANCURISJ



### Referencia y Respuesta

Referencia   
Respuesta

Primer Apellido <b>Mamuel</b>		Segundo Apellido <b>Colpez</b>		Nombre (s) <b>Veronica</b>		Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	
N° de expediente: <b>531</b>				N° de Identidad: <b>1013-1994-00203</b>		Edad: <b>299</b>	
Dirección: Colonia <b>Santa Cruz</b>		Ciudad <b>Santa Cruz</b>		Municipio <b>Ymposora</b>		Departamento <b>Trinidad</b>	
Teléfono <b>99809046</b>		Correo Electrónico:		Acompañante <b>Miguel Angel</b>		Parentesco <b>Esposo</b>	
Dirección/Teléfono <b>9678 0784</b>		Nombre del Establecimiento que refiere/responde: Red: <b>MANCURISJ</b>		Institución: SESAL <input checked="" type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>		Gestor: Centralizado <input type="checkbox"/> Descentralizados <input checked="" type="checkbox"/>	
IHS <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Establecimiento que refiere o responde: UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input checked="" type="checkbox"/>		Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, Específico:			
Motivo del envío:		Diagnóstico: <input type="checkbox"/> Tratamiento: <input type="checkbox"/> Seguimiento: <input checked="" type="checkbox"/> Rehabilitación: <input type="checkbox"/>		Describe:			
Signos y Síntomas principales: <b>paciente de edad adulta. Con dx: Vaginitis bacteriana</b>							
Resumen de datos clínicos: <b>puso leucorrea abundante en Canal vaginal</b>							
<b>además: desahogado. Daplo holocitoides poco abundante</b>							
Signos Vitales		PIA: <b>100</b>	BOFR: <b>16</b>	PIFC: <b>93</b>	T°: <b>36.7</b>	Peso: <b>42.3</b>	Talla: <b>138.</b>
Datos Gineco Obstétricos:		FUM: <b>5/2/24</b>	FPP: <b>12-11-24</b>	E: <b>2</b>	P: <b>2</b>	C: <b>0</b>	HV: <b>2</b>
Cabeza: <b>NI</b>		ORL: <b>NI</b>		Ojos: <b>NI</b>		Cuello: <b>NI</b>	
Tórax: <b>Palmonal. o.c. Daplo holocitoides poco abundante</b>		Abdomen: <b>Comido MF+</b>		Genitales: <b>Canal vaginal leucorrea abundante</b>		Extremidades: <b>NI</b>	
Neurológico: <b>NI</b>		Resultados de exámenes complementarios: <b>Hb: 14.6. IT-H-VDR (=)</b>		Evaluación de Riesgo: Con Riesgo <input checked="" type="checkbox"/> Sin Riesgo <input type="checkbox"/>			
Impresión Diagnóstica: <b>Emb. 2a sg. ITS. presente. posible Oncoepitelio</b>		Talla baja					
Recomendaciones/observaciones:							
Referido/Responde a: <input type="checkbox"/> UAPS <input type="checkbox"/> CIS <input type="checkbox"/> Policlínico <input type="checkbox"/> Hospital, especifique:				Aporta atención en: <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Otros, especifique:			
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde: <b>CMI San Miguelito</b>				Fecha y hora de la elaboración de la referencia o respuesta: Día: Mes: Año: Hora:			
Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. Especifique:				Nombre y cargo de la persona contactada:			
Referencia/Respuesta elaborada por: <input 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>Don. Marta Ponce</b>			
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.							
Referencia: Oportuna: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Justificada: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		HC-10			

No. <input type="text"/>	DIA	MES	AÑO
	07	05	24
Nombre: <u>Veronica Manuelas, Yanci</u>			
Dirección: _____			
CANT.	DESCRIPCION	Precio Unit.	VALOR Lps.
1	Motoclon W		50
1	SM 500 ml		150
1	Ceftriaxona		50
21	Cefalexina		80
1	hidrocortisona <i>Atomer</i>		50
			S
		TOTAL	380





## Solicitud

El Cerrón yamaranguila

Para alcalde ing. Rumualdo Bejarano Y Corporación Municipal

Le saludo muy cordial deseándole éxitos en sus labores que a diario realiza para el bienestar de nuestro municipio.

El objetivo de la presente solicitud es para que nos pueda ayudar con el cambio de cello del patronato de la comunidad del Cerrón ya que se nos deterioró y se nos dificulta sellar documentación. Estando muy agradecido de antemano.

Yamaranguila Intibucá 30 de julio del 2024.

Cel.96594361



Margarito Villanueva  
1010 1977 00093  
Presidente de patronato





REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



SOLICITUD

Yamaranguila 02/07/2024

Ing. Rumualdo Bejarano

Alcalde Municipal Yamaranguila, Intibucá.

Por medio de la presente reciba un respetuoso saludo deseándole éxitos en sus delicadas funciones.

La misma tiene como propósito solicitarle un sello nuevo para la unidad técnica municipal (UTM), ya que el actualmente tengo esta en mal estado, porque de la forma más atenta y respetuoso le pido que sea aprobada esta petición, me despido de usted muy agradecido por su atención, sin otro particular.

Atentamente:

  
  
Lic. Denis Lemuz Sanchez  
Coord. UTM/OIP

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*



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



© 2012 Distribuidor Exclusivo  
Utilite de Honduras

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

DIA	MES	AÑO
16	08	24.

Por L. 1,000.00

Recibí de: Paja Chica.

La Cantidad de: 1 Mil Lempiras Exactos, Lempiras


Por Cuenta de: Ayuda Social a Salud a Maria Santos  
Perez Moncales de la Comunidad de Arados

Sal. Ant. 1,000.00

Abono \_\_\_\_\_

Saldo Lps. 1,000.00.

Maria Santos Perez  
FIRMA  
16/08/2024



Aradaz yamaranguila.

14 08 2024

Tenga un feliz día. Ingeniero Romaldo de  
Bejarano.

Junto con su corporación municipal.

Que dios le derame muchas bendiciones  
con su corporación municipal.

El motivo de aserle esta solicitud es para  
solicitarle para mi enfermedad ya que soy  
descanso recurso ya que soy madre sola  
Espero que me solucione con 40000 lempiras

Maria Santos Pérez Manuelez.

José Martínez  
Potronato



Aprobado

L 1000

Subsidio Salud

book







ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito **HACE CONSTAR**: Que el contribuyente Maria Santos Perez Manuales 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° 632162

Yamaranguila 8-4-2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024

Firma y Sello del Alcalde

Nota: Documentación Soporte ayuda social: Salud al Norte Santos  
Perez Morales de Aradas 16/08/24

**Clínica Medica Amor de Dios**  
Yamaranguila, Barrio La Esperanza Tel: 2783 8018

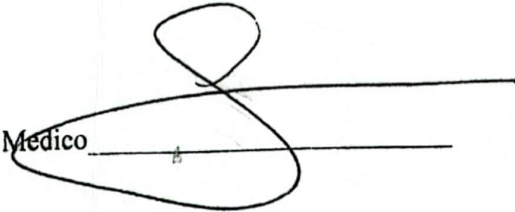
Nombre del Paciente: Maná Santos Pérez  
Edad: 47a Fecha: 14/8/24


R/C

Omeprazol 20mg c/12h  
Clantromicina 500mg c/12h  
Amoxicilina 1g c/12h

} Por 7 días

Firma Medico



No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <u>7,000.00</u>
	16	08	24	
	Recibí de: <u>Caja Chica.</u>			
La Cantidad de: <u>Mil Lempiras.</u>			Lempiras	
Por Cuenta de: <u>Apoyo a UAPS zacate Blanco para llevar a cabo. 2da Feria de la Salud.</u>				
Sal. Ant.	<u>7,000.00</u>			
Abono	<u>_____</u>			
Saldo	<u>7,000.00.</u>			
	<u>Aley Toledo</u> FIRMA 1001-1996-00070			

Distribuidor Exclusivo

54200. Transferencia a Asocaciones Civiles Sin Fines de lucro.



MANCOMUNIDAD CUENCA DEL RIO SAN JUAN  
(MANCURISJ)

Zacate Blanco, Yamaranguila, Intibucá

12 de junio de 2024

Ing. Rumualdo Bejarano

Alcalde del municipio de Yamaranguila

Estimado ingeniero, reciba un cordial saludo deseando éxitos en sus labores diarias.

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que el día 23 de agosto de 2024 se llevará a cabo la 2da Feria de la Salud, organizada por el personal de salud de UAPS Zacate Blanco, líderes comunitarios y maestros de centros educativos aledaños en la cual estarán presentes autoridades municipales, autoridades de la región departamental de salud, autoridades educativas, así como autoridades de la Mancomunidad Cuenca del Río San Juan, por lo que solicitamos la colaboración de la corporación municipal para el pago de 200 tamales, cada uno con un valor de 12 L. total 2400 L. para poder incentivar la participación de la población en dicho evento que será de mucho provecho para educar y vincular.

De antemano agradecemos su pronta respuesta.

Atentamente

Dr. Alex Toledo

Medico UAPS Zacate Blanco

Teléfono: 9776-9386



LPS: 7,000.00

[Mancurisj@hotmail.com](mailto:Mancurisj@hotmail.com) [mancurisjsalud16@yahoo.com](mailto:mancurisjsalud16@yahoo.com) Teléfono: (504) 9445-5116/ (504) 9980-5660

*Juntos Lograremos el Desarrollo de Nuestros Municipios*

Nota: Documentación Soporte de UAPS Zacate Blanco

16/08/24



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

DIA	MES	AÑO
19	08	24.

Por L. 7,000.00.

Recibí de: Caja chica.

La Cantidad de: Mil Lempiras exactos Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Educación. Al joven. Altan Joel Vasquez Bautista. de la Comunidad de Olas

Sal. Ant. LPS. 1,000.00

Abono \_\_\_\_\_

Saldo LPS. 1,000.00

su padre Patrocinio Vasquez y su

Patrocinio Vasquez M.

101689620933 FIRMA

© 2010 Distribuidor Exclusivo de Honduras

S-4-110 Ayuda Social Apersonas (Transferencia de capital)

# Solicitud.

Sr. Alcald. y Corporación  
Rumualdo Bejaran

Saludos a usted y sus miembros,  
de Trabajo diario, que el asesor  
del universo les acompañe. Desde ~~la~~ laís

Después de este corto saludo  
Umilmente.

Como familia de estamos solicitando  
que si nos apoya con una Beca  
para un estudiante. ya que esta  
en último Año en electricidad

ya que nos sentimos con la necesidad. A.  
de que si nos apoye. economicome.

ya que ellos van por dos meses  
apráctico. A. Infop.

De ante mano le agradecemos su  
valiosa ayuda. 14. de Julio 2024.



Subido Sabed.  
257,000.00

firma Solicitante

Cel. 93-41-20-30.

# 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	0	6	-	0	0	0	6	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ubicada en el folio 069 del tomo 00146  
*Número de Identidad*

del Año 2006 y que pertenece a:

a) VASQUEZ *Primer Apellido*      b) BAUTISTA *Segundo Apellido*  
c) ALLAN JOEL *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) TREINTA Y UNO *Día*      e) OCTUBRE *Mes*      f) 2005 *Año*

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

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

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

a) BAUTISTA *Primer Apellido*      b) CUELLAR *Segundo Apellido*  
c) EDITA EMLDA *Nombre*      d) HONDUREÑA *Nacionalidad*

4.) Notas marginales autorizadas:

NINGUNA

Extendida en LA ESPERANZA *Municipio*      INTIBUCÁ *Departamento*

a los: DOCE días del mes de FEBRERO

del DOS MIL VEINTICUATRO



FIRMA Y SELLO DEL COMISIONADO PRESIDENTE







## CONSTANCIA DE MATRÍCULA

CONSMAT - -00100020M02-2024-DCE  
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE OCCIDENTE

La suscrita Secretario (a) del Centro Educativo **DEPARTAMENTAL DE OCCIDENTE** con código **100100020M02**, ubicado en el municipio de LA ESPERANZA del departamento de INTIBUCÁ, por este medio

HACE CONSTAR QUE:

Allan Joel Vásquez Bautista

con R. N. E. 1016-2006-0061 se matriculó en este Centro Educativo para realizar estudios en el GRADO Duodécimo en la modalidad de Bach. Tec. PROF. en Electricidad  
**GRUPO** 01 en la **JORNADA** Vespertina.

Y para los fines que el interesado (a) estime conveniente se le extiende la presente en el municipio de LA ESPERANZA a los 18 días del mes de Julio del 2024.

  
Licda. Blanca Rosibel Bermúdez Cruz  
Secretaria





HONDURAS  
GOBIERNO DE LA REPUBLICA

SECRETARIA DE FINANZAS  
CONTADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA  
SECRETARIA DE EDUCACIÓN

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE OCCIDENTE  
LA ESPERANZA, INTIBUCA

COMPROBANTE DE INGRESOS PARA CENTROS EDUCATIVOS

Nº 0224583

Serie "X"

LPS.

10 -

\_\_\_\_\_ de 07 del 20 24

La Tesorería General del INSTITUTO, CERTIFICA que el: Alon Joel Vaquez Luchilo

Ha enterado a esta oficina, la suma de 2 000.00 ₡

Por concepto de Ingreso de

- Matricula
- Extensión del Título
- Certificación de Estudio y Conducta
- Contrato de Exclusividad
- Derecho a Exámenes del Himno Nacional
- Derecho a Exámenes del Período
- Alquiler para Cafeterías
- Otros Condones de matricula

- Eventos Realizados
- Aportaciones Padres de Familia
- Materia Retrasada
- Alquiler de Toga
- Venta de Bienes y Servicios
- Venta de Material Didáctico
- Alquileres Varios
- Actas de Graduación

ENTERANTE

Original: Oficina Recaudadora  
1a. Copia: Gerencia Administrativa  
2da. Copia: Enterante  
3ra. Copia: Auditoria Interna de la Institución



RECEPTOR DE FONDOS

Artículo 20. Los Recibos Entregados en otra forma no tendrán validez para los efectos de fiscalización y se considerará como no entregado el valor que presenten con respecto al enterante. (Derecho Legislativo Número 56 del 5 de Marzo de 1909).

INGRAM R.T.N. 08011961067583 TELEFAX: 2221-3551 CERTIFICACION: 161-21-10500-70

PARCIALES	RENDIMIENTO ACADÉMICO																	
	ELECTROTECNIA I	FÍSICA APLICADA	INGLES TÉCNICO	LENGUA Y LITERATURA	MATEMÁTICAS APLICADA	MEDICIONES ELÉCTRICAS	TALLER BÁSICO DE ELECTRICIDAD	ÉTICA Y ORIENTACIÓN PROFESIONAL	ELECTROTECNIA II	INSTALACIONES ELÉCTRICAS INDUSTRIALES	INSTALACIONES ELÉCTRICAS RESIDENCIALES	LEGISLACIÓN PARA ENERGÍA ELÉCTRICA	MERCADOTECNIA	ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	PASANTI A	PROYECTO PRESUPUESTO	REPARACIÓN DE ELECTRODOMÉSTICOS RESISTIVOS	INASISTENCIAS
I	75	69	70	85	78	74	81	80	87	80	80	81	78	81	87	85	78	0
II	78	70	81	81	70	81	80	78	75	83	84	74	88	88	87	83	78	0
PROMEDIO ANUAL POR ÁREA	77	70	81	83	74	78	81	79	81	82	82	78	82	85	87	84	77	0

ALUMNO: | 1016200600061 | ALLAN JOEL VASQUEZ BAUTISTA | ( 100100020M02 ) - DEPARTAMENTAL DE OCCIDENTE

PROMEDIO FINAL: 80 %

(F) DOCENTE DE GRADO



(F) DIRECTOR(A) DE

(F) DIRECTOR(A) DISTRITAL





ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES


El suscrito **HACE CONSTAR**: Que el contribuyente Petronio Vasquez Manuel 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 632633

Yamaranguila, D.S. - 02 - 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>
	20	08	24	
Recibí de: <u>Caja chica.</u>				
La Cantidad de: <u>7,000</u> Lempiras exactas. Lempiras				
Por Cuenta de: <u>Asociación Social Salud a. Cecotecolana.</u>				
<u>Marcelina Lopez Gomez de la Comunidad de</u>				
<u>Cumtal - Semane.</u>				
Sal. Ant.	<u>1,000.00</u>			
Abono	_____			
Saldo	<u>6,000.00.</u>			
<u>Marcelina Lopez Gomez</u> <u>Marcelina Lopez G</u> <small>FIRMA</small>				

UNION Distribuidor Exclusivo  
Unión de Honduras

54710. Ayuda Social a personas (Transferencia de dinero)

Carrizol Semane yamaranguila. 04/08/24

Estimado Alcalde ing: Rumualdo Bejarano y su Corporación municipal diciendo que Dios derrame muchísimas bendiciones en cada una de sus actividades que desarrolla para beneficio de nuestro pueblo

El motivo de la presente es para solicitarle que por su digno medio me colabore con un Fondo económico de 5,000.00 Lemp ya que los necesito para realizarme un examen que se llama TAC Multicortes y el otro que se llama Desintometria Osea ya que es un seguimiento de mi tratamiento de cancer de cervix. de ante mano le agradeceré.

Liberto Salud  
LPS, 7,000.00.

Del 97-99-70-99  
95-59-10-57

Firma.  
Marcelina Lopez

Firma presidente de









ALCALDÍA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBI  
TEL. 2783-8080

CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPAL

El suscrito HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Marcelina Lopez Gomez

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes  
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  
Septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional  
que pueda resultar del examen de sus declaraciones

Nº 629160

Yamaranguila 24-01-20

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024



Firma y Sello del Alcalde



Barrio Guamillito, 5 Calle, 7 y 8 Avenida, Edificio DIMECO, Local No. 1, San Pedro Sula, Honduras, C.A.  
Tel. (Clínica) 2552-0135 / 2553-5184 / 2553-5335 / ☎ 9979-8880

Nombre: Marcelina Lopez Marcelina Edad: 48

Médico Remitente: AMM Fecha: 06/06/2011

Datos Clínicos: Co de Puerto Utuama + Q1/R1 en seguimiento  
puerto' progredido (con vaginal en examen físico normal)

Ultrasonido: \_\_\_\_\_



TAC Multicortes: Abdomen

IRM Alta Definición: \_\_\_\_\_

Rx Panorámica Dental Digital: \_\_\_\_\_

Mamografía Digital: \_\_\_\_\_

Desintometría Osea: \_\_\_\_\_

Rayos X Digital: \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS ESPECIALES**

- Histerosalpingografía
- Uretrograma Retrogrado
- Transito Intestinal
- Sonohisterografía
- Pielograma
- Colon por Enema
- Serie Esófago Gastro Duodenal

- Electrocardiograma (EKG)
- Cistograma Miccional
- Biopsias
- Colangiografía
- Fistulografía
- Uretrocistograma Miccional y Retrogrado (Choque)



# Liga Contra El Cáncer

## Dr. Oscar Raudales B.

11 Ave., 8 Calle, No. 57, Teléfono: 2550-8501  
San Pedro Sula, Honduras, C.A.

- Exámenes de Rutina**
- Hemograma Completo
  - Uroanálisis
  - Coproparasitoscópico
  - V.D.R.L./R.P.R
  - Grupo Sanguíneo-ABO y Rh (D)
  - Antígenos Febriles

- Hematología**
- Células L.E.
  - Drepanocitos
  - Eosinófilos-recuento directo
  - Eritrosedimentación
  - Estudio Frotis sangre periférica
  - Estudio de médula ósea
  - Fibrinógeno
  - Hematocrito
  - Hemoglobina
  - Leucograma
  - Plaquetas-recuento total
  - Reticulocitos
  - Retracción del coágulo
  - Tiempo de coagulación
  - Tiempo de sangrado
  - Tiempo de protombina
  - Tiempo de tromboplastina parcial

- Microbiología**
- Urocultivo
  - Coprocultivo
  - Ex. Uretral: Gram, y Ex. directo
  - Ex. Vaginal: Gram, y Ex. directo
  - Cultivos y Antiblograma de:
  - Coloración de Gram. de:

- Hongos, examen directo
- Hongos, cultivo
- Hemocultivo
- Espudo (BAAR)
- Química Sanguínea**
- Ácido úrico
- Amilasa
- Bilirrubina
- Calcio
- Cloruros
- Colesterol total
- Colesterol alta densidad (HDL)
- Colesterol LDL
- Colesterol VLDL
- Creatinina
- Creatin fosfoquinasa (CPK)
- CPK-MB
- Deshidrogenasa láctica (LDH)
- Fosfatasa alcalina
- Fosfatasa alcalina isoenzimas
- Fosfatasa ácida
- Fosfatasa prostática
- Fósforo
- Gamma glutamil transpeptidasa
- Glicemia ayunas
- Glicemia post prandial
- Glucosa, Tolerancia oral
- Hemoglobina Glucosil (HbA1)
- Hierro Sérico
- Hierro, capacidad de captación
- Lípidos totales
- Lipoproteínas, fenotipo
- Litio
- Nitrógeno de urea (BUN)
- Osmoladida plasmática
- Potasio

- Proteínas totales y fracciones
- Reserva Alcalina (CO<sub>2</sub>)
- Sodio
- Tríglicéridos
- TGO
- TGP
- T3 triyodotironina
- T4 Tiroxina
- T.S.H.
- Prolactina
- Cortisol plasmático
- FSH
- LH
- Complemento C.3
- Complemento C.4
- Testosterona
- Beta HGC

- Química Orina 24 Horas**
- Ácido úrico
  - Calcio
  - Creatinina
  - Aclaramiento de creatinina
  - Depuración amilasa / Creatinina
  - Fósforo
  - Potasio
  - Proteínas cuantitativa
  - Proteínas de Bence Jones
  - Sodio
  - Proteínas cualitativo

- Inmunología**
- Anticuerpos antitiroideos
  - Antiestreptolisina "O"
  - Antígeno prostático específico (PSA)
  - Inmunoglobulinas IgG, IgM, IgE
  - Anticuerpos antinucleares (ANA)

- M.H.A.T. Pallidum
- Factor Reumático
- Proteínas C. Reactiva
- Mono test
- Toxoplasmosis IgG-IgM
- Hbsag. antígeno australia
- Anticuerpos / HBs
- Anticuerpos / HA IgM
- Anticuerpos / HA IgG
- Anticuerpos total
- Anticuerpos / HIV1 / HIV2
- Coombs directo
- Coombs indirecto
- Prueba de embarazo (HGC)
- Prueba de tuberculina
- Ca. 15-3
- Ca. 125
- Ca. 19-9
- Antig. Carcinoembrionario (CEA)
- Alfa Feto proteína (AFP)

San Pedro Sula, 06 de 06 del 20

Paciente: M. Medina Lopez Dr.: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_



No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <u>1,000.00.</u>
	20	08	24	
Recibí de: <u>Caja Chica.</u>				
La Cantidad de: <u>1 Mil Lempiras exactos.</u> Lempiras				
Por Cuenta de: <u>Ayuda social Salud a. Euelio Sanchez Vasquez. del Barrio. Llano Largo. Su madre Maria Carmela Vasquez.</u>				
Sal. Ant.	<u>1,000.00</u>			
Abono	_____			
Saldo	<u>1,000.00</u>			
				<u>Maria Carmela Vasquez</u> FIRMA

© 2013 ONE Distribuidor Exclusivo de Honduras

1016196500115

S4110 Ayuda Social a personas C/transferencia de capital.

Solicitud  
Llano Largo Yamaranguila  
lunes 15 de Julio 2024  
Alcalde Ing. Rumaldo Bejarano

Por este medio yo Maria Carmela Vásquez y  
Serapio Sánchez le hacemos llegar un cordial  
saludo deseándole muchos éxitos en sus labores  
diarios.

El motivo es para solicitarle que nos pueda  
ayudar con el transporte de Evelio Sánchez Vásquez  
ya que el día jueves 25 de Julio tiene la cita  
y a retirar sus medicamentos al Hospital  
Psiquiátrico Santa Rosita de Tegucigalpa  
a la hora 2:00 P.M.

Estaremos agradecidas con su pronta  
respuesta positiva.

Para constar firmamos

  
presidente de 

Maria Carmela Vasquez  
10-16-1965-00115

Serapio Sánchez  
10-16-1960-00265


Cel. 99 017737.









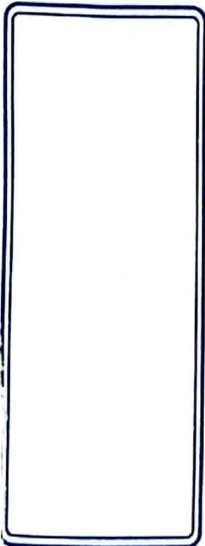
 **ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA**  
TEL. 2783-8080  
**CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES**

El suscrito **HACE CONSTAR**: Que el contribuyente  
Wanda Corina Vasquez  
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° 630863

Yamaranguila 22-01-2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASIA: 31-12-2024

  
[Signature]  
Firma y Sello del Alcalde



Distribuidor Exclusivo  
Cajita del Hondureño

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

DIA	MES	AÑO
21	08	24

Por L. 500.00.

Recibí de: Caja Chica.

La Cantidad de: Quinientos exactos. Lempiras

Por Cuenta de: Ayuda Social Estración Molagro Dajana  
Lorenzo perez, su madre, Digna. perez Ramos.  
de la Comunidad de las Lajas

Sal. Ant. LP 500.00

Abono \_\_\_\_\_

Saldo LP 500.00.

Digna Perez Ramos  
FIRMA



1016 7987-00477

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

Solicitud

Fecha: / /

Para Sr Alcalde Ing. Rumualdo Bejarano

las Lajas Yamaranguila Departamento de Intibuca con Fecha- 5/8/2024

Reciba un atento y cordial-saludo deseandole exitos y Bendiciones

en sus Funciones Junto-a su equipo de trabajo.

El motivo de lo Presente es Para solicitarle que me apoye.

Ya que yo voy a salir de Nobeno Grado los Piden un Proyecto

en el centro educativo. y yo no tengo el dinero que los Piden son- 600- y 600- Para la diploma

los necesito en verdad ya que mi mamá no puede trabajar por su enfermedad esperando nos apoye de antemano le agradeceré mucho.

Firma

Milagro Dayana Lorenzo  
1016-2009 00 345

Jose Hernandez



99-78-35-56  
Xomela

Subardo Educación LPS 500



### CONSTANCIA DE MATRICULA

La suscrita Directora del Centro de Educación Básica "FROYLAN TURCIOS" código SACE N° 101600012B09 de la Comunidad de Las Lajas, Municipio de Yamaranguila, Departamento de Intibucá por este medio.

#### HACE CONSTAR

que Milagro Dayana Lorenzo con Registro Estudiantil N° 1016200900345 está matriculada(o) en el NOVENO grado y asistiendo al centro educativo cursando su educación básica y cumpliendo con todos los requisitos que establece en Reglamento Interno del Centro Educativo.

Y para los fines que al/la interesado (a) convenga se les extiende la presente a los 02 días del mes de Agosto del año 2024

  
  
Lilian Mercedes Ayala Reyes  
Directora

**I PERIODO PARCIAL**  
 Observaciones del Docente: \_\_\_\_\_  
 Observación del Padre de Familia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 DIGNA Perez  
 Firma del Padre de Familia

**II PERIODO PARCIAL**  
 Observaciones del Docente: \_\_\_\_\_  
 Observación del Padre de Familia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 DIGNA Perez  
 Firma del Padre de Familia

**III PERIODO PARCIAL**  
 Observaciones del Docente: \_\_\_\_\_  
 Observación del Padre de Familia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre de Familia

**IV PERIODO PARCIAL**  
 Observaciones del Docente: \_\_\_\_\_  
 Observación del Padre de Familia: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre de Familia



Republica de Honduras  
 Secretaría de Educación  
 Dirección Departamental de Educación de Intibucá

**BOLETA DE CALIFICACIONES I, II y III CICLO**

CEB: FROYLAN TURCIOS ( 101600012B09 )  
 Lugar: LAS LAJAS  
 Municipio: Yamaranguilla  
 Departamento: Intibucá

Nombre del Director (a)  
Luz Herminia Méndez G.  
 Nombre del Docente  
Milagro Dayana Lorenzo Perez  
 Nombre del Alumno(a)

Grado: 9<sup>no</sup> Ciclo: III Sección: Única

AÑO 2024

**VALORES Y AREAS CURRICULARES**

**APROVECHAMIENTO DE ACTITUDES**

De: 0% a 69%

De: 70% a 100% Aprobado


SB Sobresalientes 4 MB Muy Bueno 3 B Bueno 2

ACTITUDES Y VALORES					RENDIMIENTO ACADÉMICO									
Puntualidad	Espíritu de Trabajo	Orden y Presentación	Asiduidad	Moralidad	COMUNICACION			Matemáticas	CIENCIAS SOCIALES		Ciencias Naturales	Educación Física	Tecnología	Insistencias
					Español	Inglés	Educación Artística		Educación Cívica	Ciencias Sociales				
B	B	MB	MB	B	72	82	80	81	82	75	75	99	81	
B	MB	MB	MB	B	80	89	90	88	84	91	73	97	79	

Promedio Final: \_\_\_\_\_

Firma del Director: \_\_\_\_\_

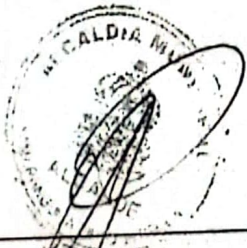


 **ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA, INTIBUCA**  
TEL. 2783-8080  
**CONSTANCIA DE PAGOS DE IMPUESTOS MUNICIPALES**

El suscrito **HACE CONSTAR:** Que el contribuyente  
Diano Perez Romas  
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° 633000**

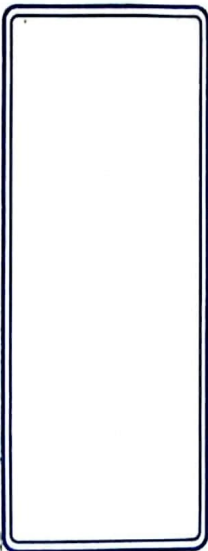
Yamaranguila 05-02-2024  
Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 31-12-2024




\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Alcalde





© 2013 ONE Distribuidor Exclusivo  
Utiliza de Honduras

No. _____	DIA	MES	AÑO	Por L. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">380.00.</span>
	26	08	24	
Recibí de:	Cajachica.			
La Cantidad de:	Trescientos Ochenta.			Lempiras
Por Cuenta de:	Pago de transporte a. Técnico (OMNAJ), Para Capacitación en planificación Municipal,			
Sal. Ant.	LPS. 380.00			
Abono				
Saldo	LPS. 380.00		 1006199800020 FIRMA	

37200. Utiliza de escritorio y oficina fenseñanza



REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA



SOLICITUD

Yamaranguila, lunes 22 de julio del año 2024.

Alcalde Municipal

Ingeniero: Rumualdo Bejarano.

Por medio de la presente reciba un respetuoso saludo, deseando éxitos en su vida diaria y en las labores que a diario realiza en bienestar del Municipio.

La presente solicitud va dirigida desde el departamento de Oficina municipal de niñez, adolescencia y juventud (OMNAJ), para solicitarle se me reembolse la cantidad de 380.00 Lps. Costo que se utilizaron en transporte para asistir a taller de nombre **Fase II de capacitación en planificación municipal, alineado a las prioridades de la política nacional de niñez (PONAPINAH)**, realizado en Tegucigalpa. Para la presente adjunto copia de recibos e invitación.

De antemano agradecerle.

Andrea Danixa Rodríguez Reyes

Defensoría de la niñez, adolescencia y juventud.

Barrio San Carlos Frente a Parque El Bosque Tel: 2783 8080  
intibucayamaranguila@municipalidadhn.info

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

# EMPRESA DE TRANSPORTES RUTAS OCCIDENTALES

TRABAJAMOS CON LA FE Y AMOR A DIOS



Tel.: 2763-0521 / E-mail: lcccontabilidad2021@gmail.com  
Barrio El Way Contiguo a Mercado Artesanal Intibucá,  
Intibucá Honduras, C.A.

R.T.N.10061960000985

Fecha: 17/07/24 Cliente: Andrea Danyla Rodriguez Reyes

R.T.N. \_\_\_\_\_

Destino: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

CANT.	DETALLE	PIU	DESCUENTOS REBAJAS OTROS	VALOR L.
1	Pasaje			250
	Alquiler			
	Encomienda			
	Viaje Expreso			
	Otros			
TOTAL L.				250
La Factura es Beneficio de Todos "EXIJALA" Rango Autorizado: 003-001-01-00157001 al 003-001-01-00182000 CAI: 91A506-9CD784-FE43BB-3EE95C-5D6281-47 F. de Recepción: 03/01/2024 F. Límite de Emisión: 03/01/2025				
No. Correlativo de la O/C Evento				
No. Carr. Const. Registro de Exon.				
No. de Registro del SAG				
No. de carnet Diplomático				
FACTURA 003-001-01-00				
No 162092				
Imp. Exonerado L.				
Imp. Exento L.				
Imp. Gravado 15% L.				
Imp. Gravado 18% L.				
I.S.V.15% L.				
I.S.V.18% L.				
TOTAL A PAGAR L.				250

Valor en Letras L.: \_\_\_\_\_

FIRMA

20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	PASAJE	
80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	132		
135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200

Original: Cliente - Copia: Obligado Tributario Emisor "Todo lo puedo en Cristo que me fortalece" Filip. 4:13

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

DIA	MES	AÑO
17	07	24

Por L. 130.00

Recibí de: \_\_\_\_\_

La Cantidad de: Ciento treinta Lempiras


Por Cuenta de: Carra de taxi terminal o1 hotel

Site La Aurora, Tegucigalpa.

Sal. Ant. \_\_\_\_\_

Abono \_\_\_\_\_

Saldo 130.00

  
FIRMA

Distribuidor Exclusivo de Honduras

Tegucigalpa, M.D.C; 13 junio 2024.

**Estimados Alcaldes y Alcaldesas.**

Reciban un cordial saludo de la Asociación de Municipios de Honduras AMHON.

Como es de su conocimiento, en la XXXII Asamblea Nacional de Alcaldes y Alcaldesas de la AMHON se aprobó por unanimidad la moción para potenciar desde los Gobiernos Locales el fortalecimiento y la escalabilidad del Sistema Integral de Garantía de Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Honduras (SIGADENAH), de manera gradual y progresiva, priorizándose 60 municipios en 2024, y 35 municipios ProNiñez para su fortalecimiento.

En tal sentido, y tomando en cuenta los compromisos adquiridos para garantizar la protección, bienestar y desarrollo de la niñez y adolescencia en nuestro país, el trabajo articulado con los Gobiernos Locales es prioritario, a fin de garantizar que las estructuras de gobernanza permitan la implementación de las metodologías y herramientas disponibles para facilitar los procesos y cumplir con los objetivos propuestos desde los territorios, en línea con la Política Nacional de Niñez aprobada en marzo de este año.

Con base en lo anterior, la AMHON y la mesa técnica del SIGADENAH liderado por la SENAF, extienden la cordial invitación a las Oficinas Municipales de Niñez, Oficinas Municipales de la Mujer e instancias relacionadas, para participar en la Fase II de capacitación en Planificación Municipal, alineado a las prioridades de la Política Nacional de Niñez (PONAPINAH), se espera un máximo de 2 participantes por municipio para el desarrollo de las actividades previstas para el fortalecimiento de los Concejos Municipales de Garantía de Derechos de la Niñez y Adolescencia. Cabe mencionar que UNICEF cubrirá costos de hospedaje y alimentación de los participantes, costos de transporte deberán ser cubiertos por el municipio.

Agradeciendo su atención, compartimos la programación del taller:

Fecha	Lugar	Agenda
Miércoles 17/07/2024 a Viernes 19/07/2024	Tegucigalpa Lugar del evento por confirmar	Miércoles a partir de la de 1:00 pm Jueves y Viernes jornadas de 8:00 am a 5:00 pm  Planificación y presupuestación municipal con enfoque de Derechos de la Niñez.

Para efectos de coordinación y consultas, compartimos los contactos de Mario Pinto (Cel: 9756-0745, Correo: [mpinto.vmh@amhon.org](mailto:mpinto.vmh@amhon.org)) técnico de la Unidad Desarrollo Social/ AMHON-VMH y Cinthia Díaz (Cel: 9440-0548, correo: [cidiaz@unicef.org](mailto:cidiaz@unicef.org)) técnica de programa de UNICEF, quienes darán seguimiento para confirmar y registrar su participación en dicha jornada.

Sin más, nos suscribimos de ustedes con muestras de alta estima y consideración.

Nelson Castellanos  
Presidente AMHON





REPUBLICA DE HONDURAS  
ALCALDIA MUNICIPAL DE YAMARANGUILA

ACTA DE ENTREGA

Por medio de esta acta doy fe que se recibió lo siguiente:

- Herramienta de Oficina

HERRAMIENTA DE OFICINA	CANTIDAD
Cinta truper de 50 metros	1

Por lo cual Yo, \_\_\_\_\_

Con Número de D N I, \_\_\_\_\_

Residente en: \_\_\_\_\_

A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 2024

Wilson Eduardo Pérez Hernández  
Jefe De Catastro



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

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

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

