



RECIBO N° 006471

ALCALDIA MUNICIPAL
REITOCA F.M.
TESORERÍA MUNICIPAL

POR Lps. 376.00

RECIBÍ DE: Tesorería Municipal
LA CANTIDAD DE: trescientos setenta y seis lempiras
POR CONCEPTO DE: pago por el suministro de tres galones de
gasolina 7/moto KMF 200 negra de la alcaldia
Reitoca, F. M. 11 de Mayo de 2024
NOMBRE: Pedro Ramon Garcia Sierra
IDENTIDAD: 0415-1972-00120



Pedro R. Garcia
Firma

No. _____

Por Lps. (250)

Recibi de: ALcaldia de Reitoca

La Cantidad de: 250

Por Concepto de: _____

dos galones

Gasolina

19 de Abril del 20 24

Pedro Garcia P.R. G.N.S.

0815-1472-00120

Firma

FACTURA

Dirección: Reitoca

Pedro Garcia
FIRMA

MM TGU EL PRADO

Sucursal: Calle La Salud 1/2 Cuadra abajo MegaLarach y Entrada Principal Colonia Miramontes, DISTRITO CENTRAL

Factura: **CONTAL**

No. 028-002-01-00050

MOTOMUNDO S.A.

R.T.N.: 08019005474642

Casa Matriz: Boulevard los Próceres, Avenida la Paz, Col. Paracallagua, Local #208, Tegucigalpa, Francisco Morazan. Tel. 2287-8440
Email: representantellegal@motomundohn.com

Cliente: **1001105218 - ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA, FRANCISCO MORAZAN** ID/RTN: **08159995358044**
Dirección: **CALLE PRINCIPAL CONTIGUO AL PARQUE CENTRAL EDIFICIO COLOR VERDE C/** Fecha: **25/10/2023 4:13**
Orden de Compra Exenta _____ Constancia de Registro Exonerado: _____
Registro SAG: _____ Vendedor: **CINDY JISSEL VELASQUEZ MEJIA**

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL PRODUCTO	PRECIO UNITARIO	DESCUENTO Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
1	Motocicleta Todo Terreno, NEGRO Estado NUEVO Marca KMF C.C 200 cm3 Color NEGRO Combustible GASOLINA HP 15.42 HP Modelo ZX-200 Año 2023 Serie Motor K166FML*31042682* Serie Chasis HA7YMB407PA012975 Póliza 230003008248X Ítem Póliza 323 Fecha Póliza 27.07.2023	L. 53,689.43	L. 5,639.05	L. 48,050

Condiciones de Venta

- 1 - El artículo facturado es entregado en perfectas condiciones y aceptado por el comprador.
- 2 - No se aceptan reclamos que no estén amparados por nuestra garantía.
- 3 - La mercadería viajará por cuenta y riesgo del comprador.
- 4 - Componentes de Sistema Eléctrico no tienen Garantía
- 5 - Para efectos de devolución, esta se aplicará de acuerdo a políticas de la empresa a nombre del cliente y/o titular que realiza el pago.

SubTotal:	L. 48,050
Importe Exento:	L. 0
Importe Exonerado:	L. 0
Importe Gravable 15%:	L. 48,050
Importe Gravable 18%:	L. 0
ISV Sobre Importe Gravable 15%:	L. 7,207
ISV Sobre Importe Gravable 18%:	L. 0
Total:	L. 55,257

SON : CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE LEMPIRAS C NOVENTA Y CUATRO CENTAVOS

SU FORMA DE PAGO FUE:

EFFECTIVO L. 55,257



RECIBI CONFORME CLIENTE

CAI: 406918-DF3FEF-5B4E81-5B5ADC-DFE657-9C

Fecha Límite de Emisión: 12/11/2023

Rango Autorizado: 028-002-01-00050501 Al 028-002-01-00060000

Se cobrará la cantidad de L. 300.00 o US\$ 50.00 por cheque devuelto, según la moneda del instrumento de pago.



Motomundohn



Motomundohn



2202-7006 / *MOTO

www.motomundohn.com

Ver. 20220823 - FP037-B

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS. EXIJALA.

Página

ORIGINAL : CLIENTE / COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

ORIGINAL : CLIENTE

MOTO M UNDO

CERTIFICADO DE GARANTÍA

Nombre del Cliente:	ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA, FRANCISCO MORAZAN
Tipo de Garantía:	Motocicleta Todo Terreno, NEGRO
Modelo:	ZX-200
Chasis:	HA7YMB407PA012975
Motor:	K166FML*31042682*
Fecha de Compra:	25 de octubre de 2023
Número de Factura:	028-002-01-00059968

No es valido sin firma y sello de la Empresa

Ver. 2020120

1201209984
ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA

CHEQUE No. 00018570

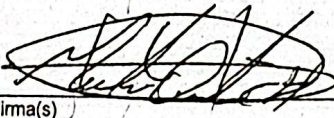
11 - mayo - 2024
Lugar y Fecha

- Pedro Ramon Garcia Sierra - L 376.00
Páguese a la orden de

trescientos setenta y seis lempiras - Lempiras
Cantidad en letras

 DAVIVIENDA

Banco DAVIVIENDA Honduras, S.A.


Firma(s)



1:0 1 1 2030 71:0000 1 20 1 209984 11:000 18570



Departamento: F. M.

Orden de Pago N°: _____

Cheque N°: 00018637

Valor Efectivo: _____

Valor que se adeuda por los siguientes suministros o servicios

Gastos Corrientes _____
Gasto de Inversión Social _____
Gasto por Deuda Pública _____

Elvin Aguilar "IMPRESA SAN LORENZO" R.T.N. 06161983000892 San Lorenzo, Valle/ Tel.: 9812-9681 CERTIFICADO N° 9231-22-10500-105

Firma del Tesorero(a) Municipal

Firma y Sello del Encargado(a) de Presupuesto

Firma y Sello del Alcalde(sa)

Recibido por:

Identidad N°: 0815-1970-00125

Referencia Municipal: _____



RECIBO N° 006514

ALCALDIA MUNICIPAL
REITOCA F.M.
TESORERÍA MUNICIPAL

POR Lps. 19,380.00

RECIBÍ DE: Tesorería Municipal

LA CANTIDAD DE: diez y nueve mil trescientos ochenta

POR CONCEPTO DE: fondo para el combustible para la
ambulancia que realiza los viajes de emergencia

Reitoca, F. M. 31 de Mayo de 2024

NOMBRE: Gustavo Antonio Asortado

IDENTIDAD: 0815-1970-00125



Firma

INVERSIONES RIMAR S. DE R.L
Colonia Germania, Salida al Sur
Francisco Moraza
PUMA GERMANIA
Francisco Morazan
Email: pumagermania@gmail.com
R.T.N.: 08019014622510
Tel.: +504 22262222

19/5/2024 19:12:12

FACTURA: 000-001-01-02485416
CAI: 47CF81-1DB4EF-4044A6-81C8DB-5912CF-B1
RANGO AUTORIZADO DE FACTURAS
Factura inicial 000-001-01-02401001
Factura final 000-001-01-02701000
Fecha de emision: 19/5/2024
Fecha limite de emision : 23/2/2025

Codigo Cliente : 126606
Nombre: ALCALDIA MUNICIPAL DE RETIQUA
Direccion:
T.N: 08159995358044

Cant	Bomba	Descrip	Precio	SubTotal
39.144	2	DIESEL L	23.65 L	925.76

DESCUENTO Y REBAJAS		0.00
BASE GRAVADA 15%	L	0.00
BASE GRAVADA 18%	L	0.00
BASE EXENTA	L	925.76
BASE EXONERADA	L	
ISV 15%	L	0.00
ISV 18%	L	0.00
TOTAL A PAGAR	L	925.76
EFFECTIVO	L	0.00
CAMBIO	L	0.00

NOVECIENTOS VEINTICINCO LEMPTRAS CON 76 /1
00 CTVS

Datos del Adquiriente Exonerado
No. de orden de compra exenta: _____
No. de Registro de exonerados: _____
No. de Registro de SAG: _____

Original: Cliente
Copia: Contribuyente Emisor.
Forma de Pago: Cash

Firma: _____

GRACIAS POR SU COMPRA
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS LAJAJA

Anexo No 2: Hoja de Referencia y Respuesta
(HC10)

REFERENCIA ☒
RESPUESTA ☐

SECRETARIA DE SALUD
REFERENCIA Y RESPUESTA

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Andino	Amados	Su yara Yankelín
N° de expediente:	53	N° de Identidad: 0815-2001-00081 Edad: 23 Sexo: Mujer
Dirección y Teléfono (móvil/fijo): Jirón Azuolpa		
Correo Electrónico:	Persona Responsable, parentesco y Número de teléfono: 96-8639-87 José Andino	
Motivo del envío:	Diagnostico: ☐ Tratamiento: ☐ Seguimiento: ☒ Rehabilitación: ☐	
Resumen de datos clínicos: Se refiere paciente femenina quien se presenta a esta unidad de salud refiere dolor abdominal acompañado de vomito, dolor que se intensifica al lado derecho del abdomen inferior, habiendo aplicado medicamento bajo descrito sin obtener mejoría, se refiere a H.E. para atención médica.		
Signos Vitales P/A: 100/60 FR: 19 FC: 80 Pulso: 80 T: 37 Peso: - Reclén Nacido: FCF: - Talla: - APGAR: -		
HGO: Fecha Último Parto: 15-4-23 FUM: - FPP: - AU: - G: - P: - E: - A: -		
HV: 2 HM: 0 O: 0 NV: 2 NM: 0		
Resultado de exámenes complementarios		
Tratamiento aplicado: Metoclopramida 1M Ketorolac 1M Antiespasmódico 1M.		
Diagnóstico de remisión: Sospecha de apendicitis		
Recomendaciones:		
Condición de Salida: Hospital Escuela		
REFERIDO o RESPONDE A: ☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☐ Segundo Nivel, especifique:		AMERITA ATENCIÓN EN: ☐ Consulta Externa ☐ Emergencia ☒ Hospitalización ☐ Otros, especifique:
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde: CMI Pijoca		Nombre del Servicio al que se Refiere o Responde:
Se contactó al Establecimiento al que se remitirá o responderá: ☐ SI ☒ No, Especifique:		Nombre y cargo de la persona contactada:
Fecha y Hora de la remisión	REFERENCIA O RESPUESTA POR: ☐ Médico General ☐ Médico Especialista ☐ Enfermera ☐ Auxiliar ☐ Otro, Especificar:	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE PERSONA REMITENTE: Aminio Zelaya
Datos de recepción de la referencia		Nombre, sello y firma de quien recibió la referencia:
Fecha y Hora de Recepción	Hora:	Día: Mes: Año:

HC10

REFERENCIA Y RESPUESTA

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460
EMAIL estradadonato@yahoo.com

CAI:
OER11E-84ABCE-DA4699-E2638F-443199-ED
RTN: 03191942000581
FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024
RANGO: 000-001-01-00479001 A LA
000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #03	41.000L L @ L 24.390/ L	1000.00

Descuentos y Rebaja (-)	L	0.00
-------------------------	---	------

Sub Total	L	1000.00
E EXENTO	L	0.00
I ISV 15%	L	0.00
I ISV 18%	L	0.00
Total	L	1000.00

Importe Exonerado (-)	L.	0.00
-----------------------	----	------

TOTAL A PAGAR	L.	1000.00
CASH	L.	1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
115.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
118.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total	L 1000.00 L	0.00 L	1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00498094
NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F
M
RTN: 08159995358044
ORIGINAL: CLIENTE
COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR
GRACIAS POR SU COMPRA
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS
EXIJALA

REG# 0002 CS# 002 DR# 01 TRAN# 22205
02/05/24 23:04:11 TIENDA# ABL23



SECRETARIA DE SALUD



REFERENCIA

☒

RESPUESTA

☐

HOJA DE REFERENCIA Y RESPUESTA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Sexo	Edad
REYES	ISIDRO	MAICOL CAUEB	Mujer ☐ Hombre ☒	35
No de expediente: 158		No de identidad: 0815-2021-00069		
Dirección y teléfono (movil o fijo):				
GUAJINIVIL REITOC.		92447202.		
Correo electrónico: NT		Persona responsable: INGELIS GEISELA REYES.		
Motivo de envío: Diagnóstico: ☐		Tratamiento: ☒		Seguimiento: ☐
		Rehabilitación: ☐		
Resumen de datos clínicos: SE RECIBE MENOR MASUUNO, QUIEN SE INTRODUJO UN OBJETO EXTRAÑO EN TOSA NAJAL DERECHA, SE OBSERVA PROFUNDA, POR LO QUE SE ENVIA PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA				
Signos vitales	P/A: —	FR: 49	FC: 133	Pulso: 133
				Temp: 37°C
				Peso: —
				Recien nacido: —
				FCF: —
				Talla: —
				APGAR: —
Datos obstétricos: Fecha del último parto: FUM: FPP: E: P: C:				
HV: HM: D: AB: NV: NM: AU:				
Resultado de exámenes complementarios: NINGUNO.				
Tratamiento aplicado: NINGUNO				
Diagnóstico de remisión: OBJETO EXTRAÑO EN TOSA NAJAL DERECHA.				
Evaluación del riesgo				
Con riesgo ☒				
Sin riesgo ☐				
Recomendaciones: POR FAVOR EVALUAR Y TRATAR				
REFERIDO RESPONDE A: HMI				
☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☐ Segundo nivel, especifique				
AMERITA ATENCIÓN EN: ☐ Consulta externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización				
☐ Otros, especifique				
Nombre del establecimiento que refiere		Nombre del servicio del que se refiere	Región sanitaria	Nombre de la Red
CMI		14P	#8	JB6
Se contacto al establecimiento al que remitirá o responderá				
Nombre y cargo de la persona contactada:				
☐ SI ☒ No Especifique:				
Referencia o respuesta: Pertinente: ☒ SI ☐ No / Adecuada: ☒ SI ☐ No				
FECHA		REFERENCIA O RESPUESTA POR:		NOMBRE, FIRMAR Y SELLO DE LA PERSONA REMITENTE:
DIA	MES AÑO	☐ Médico (a) general, ☐ Médico(a) especialista		
02	05 24	☐ Uc. En Enfermería ☒ Auxiliar en Enfermería		
HORA	23:00	☐ Promoto(a) ☐ Otro,		
		Especificar:		

HC 10



02/05/2024 23:06

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460
EMAIL estradadonato@yahoo.com

CAI:
OER11E-84ABCE-DA4699-E2638F-443199-ED
RTN: 03191942000581
FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024
RANGO: 000-001-01-00479001 A LA
000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #03	41.000L L	1000.00
	@ L 24.390/ L	

Descuentos y Rebaja (-) L 0.00

	Sub Total L	1000.00
E	EXENTO L	0.00
I	ISV 15% L	0.00
I	ISV 18% L	0.00
	Total L	1000.00

Importe Exonerado (-) L. 0.00

TOTAL A PAGAR L. 1000.00
CASH L. 1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
I15.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
I18.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total L	1000.00 L	0.00 L	1000.00

FACTURA

ND.: 000-001-01-00497872
NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F
M

RTN: 08159995358044
ORIGINAL: CLIENTE
COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR
GRACIAS POR SU COMPRA
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS
EXIJALA

REGH 0002 CSHH 003 DRH 01 TRAHN 22004
01/05/24 14:43:49 TIENDAH AB123

ijo):

itico:

FC:

lmo p

):

ment

clínica

refier

que r

fique;

e:

A O R

o (a) e

Enfer

tos(a)

ficar:



SECRETARIA DE SALUD

REFERENCIA ☒
RESPUESTA ☐

HOJA DE REFERENCIA Y RESPUESTA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Sexo Mujer ☐ Hombre ☒	Edad							
Ramirez	Jimenez	Holencia									
No de expediente:	7	No de Identidad:	0813-1965-02016								
Dirección y teléfono (movil o fijo): Cajalapa Rd. 100											
Correo electrónico: NT		Persona responsable: Belci Ramirez									
Motivo de envío:	Diagnóstico: ☐	Tratamiento: ☒	Seguimiento: ☐	Rehabilitación: ☐							
Resumen de datos clínicos: Px posparto con historia de dolor torácico de 17 días de evolución, nudo y de 6-10-16 paciente en la cama, se cae a tierra manejado con analgésicos, con un diagnóstico de 17 días de evolución											
Signos vitales	P/A: 64/40	FR: 44	FC: 127	Pulso: 127	Temp: 36.5	Peso:	Recien nacido:	FCF:	Talla:	APGAR:	
Datos obstétricos: Fecha del último parto:					FUM:	FPP:	E:	P:	C:		
HV: HM: O: AB:					NV:	NM:	AU:				
Resultado de exámenes complementarios: Ninguno											
Tratamiento aplicado: 1. ASA 200mg 4050 2. Ibuprofeno 600mg 12h 3. Aspirina 81mg 1x1											
Diagnóstico de remisión: 7-17 días de evolución											
					Evaluación del riesgo						
					Con riesgo ☒						
					Sin riesgo ☐						
Recomendaciones: Atención y manejo especializado.											
REFERIDO RESPONDE A: ☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☒ Segundo nivel, especifique					AMERITA ATENCIÓN EN: ☐ Consulta externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización ☐ Otros, especifique						
Nombre del establecimiento que refiere		Nombre del servicio del que se refiere:		Región sanitaria		Nombre de la Red					
Se contacto al establecimiento al que remitirá o responderá ☐ Sí ☒ No Especifique;					Nombre y cargo de la persona contactada:						
Referencia o respuesta: Pertinente: ☒ Sí ☐ No / Adecuada ☐ No											
FECHA DIA 7 MES 5 AÑO 2016 HORA 10:40		REFERENCIA O RESPUESTA POR: ☒ Médico (a) general, ☐ Médico(a) especialista ☐ Lic. En Enfermería ☐ Auxiliar en Enfermería ☐ Promotos(a) ☐ Otro, Especificar:				NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA REMITENTE:					

HC 10

REFERENCIA Y RESPUESTA

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460
EMAIL estradadonato@yahoo.com

CAI:
OEB11E-84ABCE-DA4699-E2638F-443199-ED
RTN: 03191942000581
FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024
RANGO: 000-001-01-00479001 A LA
000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #03	41.000L L	1000.00
	@ L 24.390/ L	

Descuentos y Rebaja (-) L 0.00

Sub Total	L	1000.00
E EXENTO	L	0.00
I ISV 15%	L	0.00
I ISV 18%	L	0.00
Total	L	1000.00

Importe Exonerado (-) L. 0.00

TOTAL A PAGAR L. 1000.00
CASH L. 1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
I15.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
I18.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total L	1000.00 L	0.00 L	1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00497978
NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F
M

RTN: 08159995358044

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

GRACIAS POR SU COMPRA

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS

EXIJALA

REG# 0002 CSH# 003 DR# 01 TRAN# 22100
02/05/24 11:27:30 TIENDA# ABL23



SECRETARIA DE SALUD



REFERENCIA



RESPUESTA



HOJA DE REFERENCIA Y RESPUESTA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Sexo	Edad
Isidoro	Turres	Maryeli Sauti	Mujer ☒ Hombre ☐	77 años
No de expediente:	27	No de identidad:	N P E	
Dirección y teléfono (movil o fijo): San Jose Retoca cel/89204514				
Correo electrónico:		Persona responsable: Emelina Turres		
Motivo de envío:	Diagnóstico: ☐	Tratamiento: ☒	Seguimiento: ☐	Rehabilitación: ☐
Resumen de datos clínicos: se envia paciente quien refiere dolor abdominal de hace 3 hrs de inicio al lado derecho acompañado de vomito. No se aplica ninguna medicación se envia por sospecha de apendicitis.				
Signos vitales	P/A: 110/70	FR: 19	FC: 72	Pulso: 72
	Temp: 37	Peso: 79	Recien nacido: —	FCF: —
	Talla: —	APGAR: —		
Datos obstétricos: Fecha del último parto: — FUM: — FPP: — E: — P: — C: —				
HV: —	HM: —	O: —	AB: —	NV: — NM: — AU: —
Resultado de exámenes complementarios: Ninguno				
Tratamiento aplicado: Ninguno				
Diagnóstico de remisión: sospecha de apendicitis				
Evaluación del riesgo				
Con riesgo ☒				
Sin riesgo ☐				
Recomendaciones: atención especializada.				
REFERIDO RESPONDE A:				
☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☒ Segundo nivel, especifique HGU				
AMERITA ATENCIÓN EN:				
☐ Consulta externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización				
☐ Otros, especifique				
Nombre del establecimiento que refiere		Nombre del servicio del que se refiere:		Región sanitaria
CMT		CMT		Sabangara #8
Se contacto al establecimiento al que remitira o responderá				
☐ Si ☒ No Especifique:				
Nombre y cargo de la persona contactada:				
Referencia o respuesta: Pertinente: ☐ Si ☐ No / Adecuada ☒ Si ☐ No				
FECHA		REFERENCIA O RESPUESTA POR:		NOMBRE, FIRMAR Y SELLO DE LA PERSONA REMITENTE:
DIA	MES	AÑO	☐ Médico (a) general, ☐ Médico(a) especialista	
			☐ Lic. En Enfermería ☒ Auxiliar en Enfermería	
			☐ Promoto(a) ☐ Otro,	
Especificar:				

HC 10

REFERENCIA Y RESPUESTA

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460

EMAIL estradadonato@yahoo.com

CAI:

OEB11E-84A9CE-DA4699-E263BF-443199-ED

RTN: 03191942000581

FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024

RANGO: 000-001-01-00479001 A LA

000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #03	41.000L L	1000.00
	@ L 24.390/ L	

Descuentos y Rebaja (-) L 0.00

Sub Total L 1000.00

E EXENTO L 0.00

I ISV 15% L 0.00

I ISV 18% L 0.00

Total L 1000.00

Importe Exonerado (-) L 0.00

TOTAL A PAGAR L 1000.00

CASH L 1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
115.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
118.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total L	1000.00 L	0.00 L	1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00498283

NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F

RTN: 08159995358044

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

GRACIAS POR SU COMPRA

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS

EXIJALA

REC# 0002 CS# 003 DR# 01 TRAN# 22378

04/05/24 09:56:31

TIENDA# AB123

2: Hoja de Referencia y Respuesta
(HC10)

SECRETARIA DE SALUD
REFERENCIA Y RESPUESTA

REFERENCIA ☒
RESPUESTA ☐

FN- 9-2-2013.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
Hernandez	Alonzo	Nasareth Abigail
N° de expediente: Temporal	N° de Identidad: N.P.I.	Edad: 11 Sexo: F
Dirección y Teléfono (móvil/fijo): Retoca Barrio morazan.		
Correo Electrónico: nt	Persona Responsable, parentesco y Número de teléfono: Delmy Sachelin Hernandez Alonzo	
Motivo del envío: Diagnóstico: ☐ Tratamiento: ☐ Seguimiento: ☒ Rehabilitación: ☐		
Resumen de datos clínicos: Se refite por Tenencia de 11 años de edad procedente de Retoca quien se presenta a unidad de salud con prenta sangrado nasal de un día de evolución al evaluarlo se observa abundante sangrado. Se traslada para su atención especializada.		
Signos Vitales	P/A: — FR: 19 FC: 92 Pulso: 88 T: 37.2	Peso: — Recién Nacido: FCF: — Talla: — APGAR: —
SGO: Fecha Ultimo Parto: — FUM: — FPP: — AU: — G: — P: — C: — A: —		
Resultado de exámenes complementarios: ninguna		
Tratamiento aplicado: Acetaminofen 500 Mg vo. Stal.		
Diagnóstico de remisión: Epitaxis		
Recomendaciones: Se trasladado para su atención especializada.		
Indicación de Salida:		
ERIDO o RESPONDE A: HM	AMERITA ATENCIÓN EN:	
JAPS: ☐ CIS ☐ Policlínico ☒ Segundo Nivel, especifique:	☐ Consulta Externa ☐ Emergencia ☒ Hospitalización ☐ Otros, especifique:	
Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde: C.MI	Nombre del Servicio al que se Refiere o Responde: HMI.	
Se contactó al Establecimiento al que de remitirá o responderá: Si. ☒ No, Especifique:	Nombre y cargo de la persona contactada:	
Fecha y Hora de la remisión: 4 MES 5 AÑO 2013	REFERENCIA O RESPUESTA POR:	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE PERSONA REMITENTE:
A: 00 HORA	☐ Medico General ☐ Medico Especialista ☐ Enfermera ☒ Auxiliar ☐ Otro, Especificar:	Maria Zepeda
Fecha de recepción de la referencia:	Nombre, sello y firma de quien recibió la referencia:	
Fecha y Hora de Recepción: Hora: 00 HORA Dia: 4 Mes: 5 Año: 2013		

HC10

REFERENCIA Y RESPUESTA

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA AL SUR
TEL. 2226-6460
EMAIL: estradadonato@yahoo.com

CAI:

91A241-81111E-824889-207944-49FC99-7D

RTN: 03191942000581

AUTH NO.:

FECHA LIMITE EMISION: 08/04/2025

RANGO: 000-002-01-02042501 A LA

000-002-01-02351500

FACTURA

NO.: 000-002-01-02076955

NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F

M

RTN: 08159995358044

EFFECTIVO

Fecha: 19/05/24

Hora: 06:11:35

SURT#01

IPTH01

VOLUMEN	DESCRIPCION	PRECIO	MONTO
42.283	DIESEL	23.65	L. 1000.0

Descuentos y Rebaja (-) L. 0.0

TOTAL L. 1000.0

Importe Exonerado (-) L. 0.0

TOTAL A PAGAR L. 1000.0

EFFECTIVO L. 1000.0

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAS: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
000.00% L.	1000.0	L. 0.00	L. 1000.0
115.00% L.	0.0	L. 0.00	L. 0.0
118.00% L.	0.0	L. 0.00	L. 0.0
TOTAL L.	1000.0	L. 0.00	L. 1000.0



SECRETARIA DE SALUD



REFERENCIA



RESPUESTA



HOJA DE REFERENCIA Y RESPUESTA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Sexo	Edad						
REYES	ISIDRO	MAICOLL CAUES	Mujer ☐ Hombre ☒	3 a						
No de expediente: 15B		No de identidad: 0815-2021-00069								
Dirección y teléfono (movil o fijo):		92447202.								
GUAJINIVIL REITOCA.										
Correo electrónico:	Persona responsable:									
NT	INGRIS GEISELDA REYES.									
Motivo de envío:	Diagnóstico: ☐	Tratamiento: ☒	Seguimiento: ☐	Rehabilitación: ☐						
Resumen de datos clínicos: SE RETIENE MENOR MASUUNO, QUIEN SE INTRODUJO UN OBJETO EXTRAÑO EN FOJA NASAL DERECHA, SE OBSERVA PROFUNDA, POR LO QUE SE ENVIA PARA SU ATENCION ESPECIALIZADA										
Signos vitales	P/A:	FR:	FC:	Pulso:	Temp:	Peso:	Recien nacido:	FCF:	Talla:	APGAR:
	-	49	133	133	37°C					
Datos obstétricos: Fecha del último parto:					FUM:	FPP:	E:	P:	C:	
HV:					HM:	O:	AB:	NV:	NM:	AU:
Resultado de exámenes complementarios:										
NINGUNO.										
Tratamiento aplicado:										
NINGUNO										
Diagnóstico de remisión:										
OBJETO EXTRAÑO EN FOJA NASAL DERECHA..										
					Evaluación del riesgo					
					Con riesgo ☒					
					Sin riesgo ☐					
Recomendaciones:										
POR FAVOR EVITAR Y TRATAR										
REFERIDO RESPONDE A:					AMERITA ATENCIÓN EN:					
☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☐ Segundo nivel, especifique					☐ Consulta externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización					
☐ Otros, especifique										
Nombre del establecimiento que refiere		Nombre del servicio del que se refiere:		Región sanitaria		Nombre de la Red				
CMI		LUP		#8		326				
Se contacto al establecimiento al que remitir o responderá					Nombre y cargo de la persona contactada:					
☐ SI ☒ No Especifique:										
Referencia o respuesta: Pertinente: ☒ SI ☐ No					Adecuada: ☒ SI ☐ No					
FECHA		REFERENCIA O RESPUESTA POR:		NOMBRE, FIRMAR Y SELLO DE LA PERSONA REMITENTE:						
DIA	MES	ANO	☐ Médico(a) general,	☐ Médico(a) especialista						
02	05	24	☐ Lic. En Enfermería	☒ Auxiliar en Enfermería						
HORA	23:00		☐ Promoto(a)	☐ Otro,						
		Especificar:								

HC 10

02/05/2024 23:06

URAS
DE AS

ERE

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460

EMAIL estradadonato@yahoo.com

CAI:

0EB11E-B4ABCE-DA4699-E2638F-443199-ED

RTN: 03191942000581

FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024

RANGO: 000-001-01-00479001 A LA

000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #03	42.808L L	1000.00
	@ L 23.360/ L	

Descuentos y Rebaja (-)	L	0.00
-------------------------	---	------

Sub Total	L	1000.00
E EXENTO	L	0.00
I ISV 15%	L	0.00
I ISV 18%	L	0.00
Total	L	1000.00

Importe Exonerado (-)	L	0.00
-----------------------	---	------

TOTAL A PAGAR	L	1000.00
CASH	L	1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. DC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
I15.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
I18.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total	L 1000.00	L 0.00	L 1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00500834

NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE RETOCHA F

RTN: 08159995358044

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

GRACIAS POR SU COMPRA

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS

EXIJALA

REGH 0002 CSHH 003 DRH 01 TRANH 24666
20/05/24 17:59:59 TIENDAS AB123

HOJA DE REFERENCIA

Paciente: Antony Axel Cabra Edad: 85
Sexo: H Procedencia: Guaymas, Reitoca No expediente: _____
Responsable: Jessica Yedira Cabra Fecha: 20/1/22 Hora: _____
Centro asistencial de destino: HCU
Servicio de destino: El pediatra

Motivo del envío:

— Referencia por Pediatra.

Resumen de Historia Clínica:

Paciente con historia de hipertensión (35 años)
al que se le atribuye un episodio de mal de
garganta, fiebre y dolor de cabeza. En el tiempo de
evolución intenso y 3 episodios de vómitos
por los cuales se le refiere a pediatra 2 episodios de epistaxis.

Estudios paraclínicos:

Ref. Cerebral: Angiografía por TC - patología cerebral no
evidenciada
Owl. Mucosa hiperemática
No hemorragia visible en el cerebro

Diagnostico(s) de Remisión:

TR. Cerebral y hipertensión (SSW?)

D. Dolor con síndrome de alarma.

Manejo iniciado:

— Referencia a El pediatra.

Firma del Médico

Jessica Yedira Cabra N.
Firma del paciente o representante

Municipio de Reitoca, Bo. Centro, Francisco Morazán, Honduras, C. A.

GASOLINERA TEXACO LORQUE
CONAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460

EMAIL: estradaonata@yahoo.com

CAI:

OER11E-84ADCE-DA4699-E2639F-443199-ED

RIN: 03191942000581

FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024

RANGO: 000-001-01-00479001 A LA

000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #04	42.808L L	1000.00
@ L 23.360/ L		

Descuentos y Rebaja (-) L 0.00

Sub Total L 1000.00

E EXENTO L 0.00

I ISV 15% L 0.00

I ISV 18% L 0.00

Total L 1000.00

Importe Exonerado (-) L 0.00

TOTAL A PAGAR L 1000.00

CASH L 1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
I15.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
I18.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total L	1000.00 L	0.00 L	1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00501174

NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITICA F
M

RIN: 08159995358044

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

GRACIAS POR SU COMPRA

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS

EXIJALA

REGH 0002 CSUM 003 DRH 01 TRANH 24968

22/05/24 21:10:19

TIENDAS AB123

TEXACO LORQUE
A CARRETERA DEL SUR
26-6460

EMAIL: estradaonata@yahoo.com

CAI:

O-E2639F-443199-ED

RIN: 03191942000581

FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024

RANGO: 000-001-01-00479001 A LA

000-001-01-00558200

Ctd./ P.Unit	monto
42.808L L	1000.00
L 23.360/ L	

Rebaja (-) L 0.00

Sub Total L 1000.00

EXENTO L 0.00

ISV 15% L 0.00

ISV 18% L 0.00

Total L 1000.00

(-) L 0.00

L 1000.00

CASH L 1000.00

ENTE EXONERADO

dat: _____

Impuesto	Total
0.00 L	0.00
0.00 L	0.00
0.00 L	1000.00
0.00 L	1000.00

FACTURA

00501174

A MUNICIPAL DE REITICA F

8044

TE

TRIBUTARIO EMISOR

RANGO:



SECRETARIA DE SALUD



REFERENCIA



RESPUESTA



HOJA DE REFERENCIA Y RESPUESTA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Séxo	Edad
Escarra	Flors	Murtha Zuleta	Mujer ☒ Hombre ☐	72 años
No de expediente:	T	No de Identidad:	0865-2012-00090	
Dirección y teléfono (movil o fijo): Rectoría Rectoría Cel/9253-3267				
Correo electrónico:		Persona responsable: Doris Arlene Ciza		
Motivo de envío:	Diagnóstico: ☐	Tratamiento: ☐	Seguimiento: ☒	Rehabilitación: ☐
Resumen de datos clínicos: Se embra paciente quien refiere dolor abdominal agudo no consistente la palpación en la zona izquierda del abdomen. Se embra para ingreso por masto se embra por abdomen agudo.				
Signos vitales	P/A: 110/70	FR: 19x1	FC: 72x1	Pulso: 72x1
			Temp: 37°	Peso: 132L
			Recien nacido: —	FCF: —
			Talla: —	APGAR: —
Datos obstétricos: Fecha del último parto: — FUM: — FPP: — E: — P: — C: —				
HV: — HM: — O: — AB: — NV: — NM: — AU: —				
Resultado de exámenes complementarios: Ninguno				
Tratamiento aplicado: Ninguno.				
Diagnóstico de remisión: Abdomen agudo				
Evaluación del riesgo				
Con riesgo				☒
Sin riesgo				☐
Recomendaciones: Atención Especializada				
REFERIDO RESPONDE A:				
☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☒ Segundo nivel, especifique HMI Protección				
AMERITA ATENCIÓN EN:				
☒ Consulta externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización				
☐ Otros, especifique				
Nombre del establecimiento que refiere		Nombre del servicio del que se refiere:		Región sanitaria
CAME		CAME		#8
Se contacto al establecimiento al que remitirá o responderá		Nombre y cargo de la persona contactada:		
☐ Si ☒ No Especifique;				
Referencia o respuesta: Pertinente: ☐ SI ☐ No / Adecuada: ☐ SI ☐ No				
FECHA		REFERENCIA O RESPUESTA POR:		NOMBRE, FIRMAR Y SELLO DE LA PERSONA REMITENTE
DIA	MES	AÑO	☐ Médico (a) general, ☐ Médico(a) especialista	Dilcia A. Flores
			☐ Lic. En Enfermería ☒ Auxiliar en Enfermería	
			☐ Promoto(a) ☐ Otro,	
HORA		Especificar:		
7:00		5/24		

HC 10

REFERENCIA Y RESPUESTA

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460

EMAIL estradadonato@yahoo.com
CAI:

OEB11E-84A8CE-DA4699-E2638F-443199-ED
RTN: 03191942000581

FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024

RANGO: 000-001-01-00479001 A LA
000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #03	42.808L L	1000.00
	@ L 23.360/ L	

Descuentos y Rebaja (-) L 0.00

Sub Total	L	1000.00
E EXENTO	L	0.00
I ISV 15%	L	0.00
I ISV 18%	L	0.00
Total	L	1000.00

Importe Exonerado (-) L 0.00

TOTAL A PAGAR L 1000.00
CASH L 1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
115.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
118.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total	L 1000.00 L	0.00 L	1000.00

FACTURA

ND.: 000-001-01-00501586

NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F M

RTN: 08159995358044

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

GRACIAS POR SU COMPRA

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS

EXIJALA

REG# 0002 CSH# 003 DR# 01 TRAN# 25336

25/05/24 15:08:46

TIENDA# AB123



SECRETARIA DE SALUD



REFERENCIA

RESPUESTA

HOJA DE REFERENCIA Y RESPUESTA

Segundo apellido	Nombre(s)	Séxo Mujer Hombr
	Mario Luisa	E
No de identidad: 0815-1958-6		
Yustina Tel: 9523-3854		
Persona responsable: Nelson Yova		
co: ☒	Tratamiento: ☐	Seguimiento: ☐
Rehabilita:		

se evalua paciente femenina acude
consonancia, dolor en el pecho, far
da anemia y retencion de liqui
na de evolucion, con edema per

FC:	Pulso:	Temp:	Peso:	Recien nacido:	FCF:
74x'	74x'	36.5	NC		
Imo parto:	FUM:	FPP:	E:		
AB:	NV:	NM:	AU:		

mentarios:
- Ninguno

fumsemida #1 amp.

suspecha de insuficiencia cardiaca
congestiva.

endon oportuna.

poli-clinico ☒ Segundo nivel, especifique	AMERITA ATENCIÓN EN: ☐ Consulta externa ☒ ☐ Otros, especifique	
ie refiere	Nombre del servicio del que se refiere: HE - MI	Región sa
al que remitira o responderá	Nombre y cargo de la persona conti	
ecifique;		
nte: ☒ SI ☐ No	/ Adecuada ☒ SI	
ICIA O RESPUESTA POR: lico (a) general, ☐ Médico(a) especialista En Enfermería ☒ Auxiliar en Enfermería notos(a) ☐ Otro, ecificar:		NOMBRE, FIRMAR Y Sindy

Concesiones

Concesiones

Escaneado con CamScanner



SECRETARIA DE SALUD



REFERENCIA

☒

RESPUESTA

☐

HOJA DE REFERENCIA Y RESPUESTA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Séxo	Edad						
Cruz		Maria Luisa	Mujer ☒ Hombre ☐	65						
No de expediente: 92		No de identidad: 0815-1958-00190								
Dirección y teléfono (movil o fijo): Yustina Tel: 9523-3854										
Correo electrónico:		Persona responsable: Ntison Yovani Cruz								
Motivo de envío: Diagnóstico: ☒ Tratamiento: ☐ Seguimiento: ☐ Rehabilitación: ☐										
Resumen de datos clínicos: Se evalúa paciente femenina desde hoy a la U.S por consorcio, dolor en el pecho, familiar refiere presenta anemia y retención de líquido, con 1 semana de evolución, con edema en en pres.										
Signos vitales	P/A: 130	FR: 24x	FC: 74x	Pulso: 74x	Temp: 36.5	Peso: NC	Recien nacido:	FCF:	Talla:	APGAR:
Datos obstétricos: Fecha del último parto: FUM: FPP: E: P: C:					HV: HM: O: AB: NV: NM: AU:					
Resultado de exámenes complementarios:					- Ninguno					
Tratamiento aplicado:					- Furosemida #1 amp.					
Diagnóstico de remisión:					- Sospecha de insuficiencia cardíaca congestiva.					
					Evaluación del riesgo					
					Con riesgo ☒					
					Sin riesgo ☐					
Recomendaciones:					- Atención oportuna.					
REFERIDO RESPONDE A:					AMERITA ATENCIÓN EN:					
☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☒ Segundo nivel, especifique					☐ Consulta externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización					
☐ Otros, especifique										
Nombre del establecimiento que refiere		Nombre del servicio del que se refiere:		Región sanitaria		Nombre de la Red				
CIE CMI		HE - MI		8		Sabaragrande				
Se contacto al establecimiento al que remitirá o responderá					Nombre y cargo de la persona contactada:					
☐ Si ☒ No Especifique;										
Referencia o respuesta: Pertinente: ☒ Si ☐ No / Adecuada ☒ Si ☐ No										
FECHA		REFERENCIA O RESPUESTA POR:			NOMBRE, FIRMAR Y SELLO DE LA PERSONA REMITENTE:					
DIA	MES	AÑO	☐ Médico (a) general, ☐ Médico(a) especialista			Sindy Jimenez				
25	05	2014	☐ Lic. En Enfermería ☒ Auxiliar en Enfermería							
HORA			☐ Promotor(a) ☐ Otro,							
11:29			Especificar:							

HC 10

REFERENCIA Y RESPUESTA

E HOND
NCISCO

REF

GASOLINERA TEXACO LOARDUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460
EMAIL estradadonato@yahoo.com
CAT:

ino: OER11E-84A8CE-DA4699-E2638F-443199-ED
RTN: 03191942000581
FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024
RANGO: 000-001-01-00479001 A LA
000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #03	43.066L L	1000.00
	@ L 23.220/ L	
Descuentos y Rebaja (-) L		0.00
Sub Total L		1000.00
E EXENTO L		0.00
I ISV 15% L		0.00
I ISV 18% L		0.00
Total L		1000.00
Importe Exonerado (-) L		0.00
TOTAL A PAGAR L		1000.00
CASH L		1000.00

WR

UN MIL LEMPIRAS

FIT

ADQUIRIENTE EXONERADO

NS

No. OC Exenta: _____

isión:

No. Reg. Exonerado: _____

De

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
115.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
118.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
000.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total L	1000.00 L	0.00 L	1000.00

SS

FACTURA

ma

NO.: 000-001-01-00502161
NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F
M
RTN: 08159995358044
ORIGINAL: CLIENTE
COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR
GRACIAS POR SU COMPRA
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS
EXIJALA

Mu

REGH 0002 CSHH 003 DRH 01 TRANH 25855
29/05/24 17:37:34 TIENDAH AB123

HOJA DE REFERENCIA

Paciente: Kevin Alberto García Flores Edad: 16 años
Sexo: M Procedencia: Reitoca, F. Morazán No expediente: _____
Responsable: Santos García 98254796 Fecha: 25/5/24 Hora: 10:25-M
Centro asistencial de destino: Hospital Materno Infantil
Servicio de destino: Emergencia de Pediatría

Motivo del envío:

Evacuación por Pediatría

Resumen de Historia Clínica:

Se remite adolescente con hist. de fiebre de 3 días, subjetiva alta, acompañada de cefalea, mialgia, artralgias, adenopatías, vómitos de 3 días, a los que se le agrega dolor e intolerancia al comer. T°: 38.5°C PA: 110/95 PAM: 100 P.P. 15 O2: 98% en ambiente ambiente. C/P: normal A/S: normal Ext: Fiebre distal, llenado capilar lento

Estudios paraclínicos: WBC: 2.71 Neu: 71.1 Lin: 24.9 RBC: 6.08 Hb: 18.1 ECU: Leuc 5.7x10⁹ Fito: 54.3 Pla: 54,000
NSI: Positivo IgG, IgM Dengue: Positivo

Diagnostico(s) de Remisión:

Dengue No grave con signos de alarma

Manejo iniciado:

SSN 0.97. 1000 cc IVSTAT Acetaminofén 500mg

[Firma]
Firma del Médico

Santos García
Firma del paciente o representante

0815 1959 00140

Municipio de Reitoca, Bo. Centro, Francisco Morazán, Honduras, C. A.

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460
EMAIL estradonato@yahoo.com

CAI:
OER11E-B4ABCE-DA4699-E2638F-443199-ED
RTN: 03191942000581
FECHA LINITE EMISION: 28/12/2024
RANGO: 000-001-01-00479001 A LA
000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #04	42.808L L	1000.00
	@ L 23.360/ L	
Descuentos y Rebaja (-)	L	0.00
Sub Total	L	1000.00
E EXENTO	L	0.00
I ISV 15%	L	0.00
I ISV 18%	L	0.00
Total	L	1000.00
Importe Exonerado (-)	L	0.00
TOTAL A PAGAR	L	1000.00
CASH	L	1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
115.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
118.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total	L 1000.00	0.00 L	1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00501645
NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOGA F
RTN: 08159995358044
ORIGINAL: CLIENTE
COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR
GRACIAS POR SU COMPRA
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS
EXIJALA

REG# 0002 CSH# 003 DR# 01 TRAN# 25388
25/05/24 20:50:44 TIENDA# AB123



SECRETARIA DE SALUD



REFERENCIA



RESPUESTA



HOJA DE REFERENCIA Y RESPUESTA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Séxo	Edad
Andino	Pinola	Juan Carlos	Mujer ☐ Hombre ☒	35a
No de expediente: T		No de Identidad: 0815-1988-004190		
Dirección y teléfono (movil o fijo): Barrio Abibe Retoca cel 89432982				
Correo electrónico:		Persona responsable: Miguel Andino		
Motivo de envío:	Diagnóstico: ☐	Tratamiento: ☐	Seguimiento: ☒	Rehabilitación: ☐
Resumen de datos clínicos: Se envía paciente quien refiere dolor abdominal a la parte derecha, se aplicó enantium a las 5 horas y se quitó a las 11 horas, volvió más tarde. Se envía por sospecha de apendicitis.				
Signos vitales	P/A: 110/80	FR: 19x1	FC: 74x1	Temp: 37.6
Datos obstétricos: Fecha del último parto:		FUM: —	FPP: —	E: — P: — C: —
HV: — HM: — O: — AB: —		NV: —	NM: —	AU: —
Resultado de exámenes complementarios: Ninguno. Enantium y analg.				
Tratamiento aplicado: Enantium uno ampola				
Diagnóstico de remisión: sospecha de apendicitis.				
Evaluación del riesgo				
Con riesgo ☒				
Sin riesgo ☐				
Recomendaciones: Atención especial.				
REFERIDO RESPONDE A:		AMERITA ATENCIÓN EN:		
☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☒ Segundo nivel, especifique		☐ Consulta externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización		
Nombre del establecimiento que refiere: HGV		Otros, especifique		
Nombre del servicio del que se refiere: CMT		Región sanitaria: #8	Nombre de la Red: Sabán Grande	
Se contacto al establecimiento al que remitirá o responderá		Nombre y cargo de la persona contactada:		
☐ Si ☒ No Especifique:				
Referencia o respuesta: Pertinente: ☒ Si ☐ No		Adecuada: ☒ Si ☐ No		
FECHA		REFERENCIA O RESPUESTA POR:		NOMBRE, FIRMAR Y SELLO DE LA PERSONA REMITENTE:
DIA	MES	AÑO	☐ Médico(a) general, ☐ Médico(a) especialista	
			☐ Lic. En Enfermería ☒ Auxiliar en Enfermería	
			☐ Promoto(a) ☐ Otro,	
HORA	19/05/20		Especificar:	

HC 10

REFERENCIA Y RESPUESTA



UNO LA TRINIDAD
LA TRINIDAD SABANAGRANDE K35 CAS
UNO HONDURAS S.A. DE C.V.
CASA MATRIZ, COL SAN FELIPE, CALLE
PRINCIPAL, EDIFICIO VERTIS 5TO PISO,
PARQUE COMERCIAL LOS PROCERES, TEGUCIGALPA
HDC, HONDURAS
TELEFONO: (504) 2236-8788
replegal UNOHND@uno-terra.com

CAI:
3888CC-D83913-6E44B3-9C5DB8-8A9E33-E2
RTN: 08029995457769
FECHA LIMITE EMISION: 31/08/2024
RANGO AUTORIZADO: 028-001-01-01910001 A LA
028-001-01-02000000
NO. DECLARACION 9273181206

-----DESCRIPCIÓN DE LA FACTURA-----
CANT DESCRIPCIÓN PRECIO VALOR
42.617 LITROS DIESEL CON 23.48 1,000.65

Dto. y rebajas otorgados(-) 10.00
Sub Total 1,000.65
EXENTO 1,000.65
ISV 15% 10.00
ISV 18% 10.00
TOTAL 1,000.65

Importe Exonerado (-) 1,000.65

TOTAL A PAGAR 1,000.65
Dinero en efectivo 1,000.65

MIL 65/100 LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. DC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
I15.00%	L 0.00	L 0.00	L 0.00
I18.00%	L 0.00	L 0.00	L 0.00
E00.00%	L 1,000.65	L 0.00	L 1,000.65
EXONERADO	L 0.00(-)	L 0.00	L 0.00
Total	L 1,000.65	L 0.00	L 1,000.65

FACTURA

NO. FACTURA: 028-001-01-01985923
NOMBRE: ANCALDIA REITOCA
RTN: 08159995358044
FECHA: 17/05/2024 10:44:47

ORIGINAL CLIENTE
COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

MUCHAS GRACIAS! LE ESPERAMOS PRONTO!!
CSH# 6003 TRAN# 109088
TIENDA# HN057 BOMBA# 3

NO. FACTURA: 028-001-
NOMBRE: ANCALDIA REIT
RTN: 08159995358044



EL CAMPIRANO S. DE R.L.
GASOLINERA TEXACO, SABANAGRANDE

Sabanagrande, F.M., Aldea El Quiquiste, Km. 39, carretera al Sur,
Cel.: 9600-0614, E-mail: ssantosangel@yahoo.es, R.T.N. 08019014638627

FACTURA Nº 000-002-01-00125266

CAI: 0BE1E3-F761B5-F64098-4F824B-5EC5AA-DF

Fecha Límite de Emisión: 24/10/2024

FACTURA CONTADO ☒ CRÉDITO ☐

Rango Autorizado

DEL 000-002-01-00117051 AL 000-002-01-00127050

DIA	MES	AÑO
27	4	24

Señor: Alcaldía De Restaca

Dirección: _____ R.T.N.: _____

No. de orden de compra exenta: _____

No. de constancia de registro exonerado: _____

No. de registro de la SAG: _____

CANT.	DESCRIPCION	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
	GASOLINA REGULAR		
	GASOLINA SUPER		
24 45	DIESEL		880
	OTROS		
	W. F. A. Avila		

Total en Letras: Ochocientos ochenta Efectos

"La Factura es Beneficio de Todos: Exijala"

Original: Cliente - Copia: Obligado tributario emisor

Firma

Total L.
IMPORTE EXONERADO L.
IMPORTE EXENTO L.
IMPORTE GRAVADO 15% L.
IMPORTE GRAVADO 18% L.
ISV 15% L.
ISV 18% L.
TOTAL A PAGAR L. 880

IMPRESATE S. DE R.L. Tel: 9874-4342 / 8936-5797, RTN: 08019018997933 / Certificado No. 9231-22-10500-6

EL CAMPIRANO S. DE R.L.
GASOLINERA TEXACO, SABANAGRANDE

Sabanagrande, F.M., Aldea El Quiquiste, Km. 39, carretera al Sur,
Cel.: 9600-0614, E-mail: ssantosangel@yahoo.es, R.T.N. 08019014638627

FACTURA Nº 000-002-01-00125251

CAI: 0BE1E3-F761B5-F64098-4F824B-5EC5AA-DF

Fecha Límite de Emisión: 24/10/2024

Rango Autorizado

DEL 000-002-01-00117051 AL 000-002-01-00127050

FACTURA CONTADO ☒ CRÉDITO ☐

DIA	MES	AÑO
27	4	24

Señor: Alcaldía Municipal de Retaca

Dirección: _____ R.T.N.: 08159995358044

No. de orden de compra exenta: _____

No. de constancia de registro exonerado: _____

No. de registro de la SAG: _____

CANT.	DESCRIPCION	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
	GASOLINA REGULAR		
	GASOLINA <u>SUPER</u>		500
	DIESEL		
	OTROS		
	<u>Alam B</u>		
Total en Letras: <u>Quinientos</u>		Total L.	
		IMPORTE EXONERADO L.	
		IMPORTE EXENTO L.	
		IMPORTE GRAVADO 15% L.	
		IMPORTE GRAVADO 18% L.	
		ISV 15% L.	
		ISV 18% L.	
		TOTAL A PAGAR L.	500

"La Factura es Beneficio de Todos: Exijala"

Original: Cliente - Copia: Obligado tributario emisor

Firma

AIUD
DURAS
LESTA

No. De
Person:
Seguim

71

Pase
71

NMI:

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre(s)		Sexo: ☐ Mujer: ☐ ☒ Hombre: ☒		Edad	
Ortega		Flores		Korwin. Yobani				295	
No. De expediente: 1				No. De Identidad: 0815-1490-00123					
Direccion y Telefono (movil/fijo): 0 9545-9154				Persona Responsable: solo					
Correo electronico:				Motivo de envio: Diagnostico: ☐ Tratamiento: ☒ Seguimiento: ☐ Rehabilitacion: ☐					
Resumen de datos clinicos:									
Pa. Rosolino con historial de referir dolor, nudo de 12 dias de evolucion en ojo derecho producto de derrame de sangre proximo en el trabajo.									
Signos vitales		P/A: 110/70 18		FR: 90x		FC: 92x		T: 37.3	
Pasos:		Recien Nacio: FCF:		Talla:		APGAR:			
Datos Obstetricos: Fecha Ultimo Parto:		FUM:		FPP:		E:		P:	
HV: -		HM: -		O: -		AB: -		NV: -	
NM: -		AU: -		C:					
Resultado de exámenes complementarios:									
Tratamiento aplicado: 12/12/12									
Diagnostico de remision: 12/12/12									
Evaluacion de Riesgo									
Con Riesgo ☒									
Sin Riesgo ☐									
Recomendaciones: Atencion y Monitoreo Especializado									
REFERIDO O RESPONDE A:					AMERITA ATENCION EN:				
☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínica					☒ Segundo Nivel, especifique				
☐ Consulta Externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización					☐ Otros, especifique				
Nombre del Establecimiento que Refiere o Responde:			Nombre del Servicio del que se Refiere o Responde:			Region Sanitaria:		Nombre de la red:	
Cm. 1-1			c/o			8		Sobangrade	
Se contacto al Establecimiento al que se remitira o respondera:					Nombre y cargo de la persona contactada:				
☐ SI ☐ No, Especifique:									
Referencia o Respuesta: Verine					Adecuada: SI: ☒ No: ☐				
FECHA					NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE PERSONA REMITENTE:				
DIA									
MES									
AÑO									
29					4				
24					17-506				
Hora									

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460
EMAIL estradadonato@yahoo.com

CAI:
OER11E-84ABCE-DA4699-E2638F-443199-ED
RTN: 03191942000581
FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024
RANGO: 000-001-01-00479001 A LA
000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #03	40.601L L	1000.00
	@ L 24.630/ L	

Descuentos y Rebaja (-) L	0.00
---------------------------	------

Sub Total L	1000.00
E EXENTO L	0.00
I ISV 15% L	0.00
I ISV 18% L	0.00
Total L	1000.00

Importe Exonerado (-) L	0.00
-------------------------	------

TOTAL A PAGAR L	1000.00
CASH L	1000.00

UN MIL LEMPTRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. DC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAS: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
115.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
118.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
100.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total L	1000.00 L	0.00 L	1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00496432
NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F
M

RTN: 08157775758044

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

GRACIAS POR SU COMPRA

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS

EXCELSA

RECIBI 0002 CASH 003 LRA 01 TRAMA 20728
22/04/24 13:03:36 TIENDA AB123



EL CAMPIRANO S. DE R.L. GASOLINERA TEXACO, SABANAGRANDE

Sabanagrande, F.M., Aldea El Quiquiste, Km. 39, carretera al Sur,
Cel.: 9600-0614, E-mail: ssantosangel@yahoo.es, R.T.N. 08019014638627

FACTURA N° 000-002-01-00124480

CAI: 0BE1E3-F761B5-F64098-4F824B-5EC5AA-DF

Fecha Límite de Emisión: 24/10/2024

Rango Autorizado

DEL 000-002-01-00117051 AL 000-002-01-00127050

FACTURA CONTADO ☒ CRÉDITO ☐

DIA	MES	AÑO
16	04	24

Señor:

Alcaldía de Retiro

Dirección:

R.T.N.:

0815 999 535 8044

No. de orden de compra exenta:

No. de constancia de registro exonerado:

No. de registro de la SAG:

CANT.	DESCRIPCION	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
	GASOLINA REGULAR		
	GASOLINA SUPER		
	DIESEL		1000 17
	OTROS		

Total en Letras:

MIL EXACTOS

Total L.

IMPORTE EXONERADO L.

IMPORTE EXENTO L.

IMPORTE GRAVADO 15% L.

IMPORTE GRAVADO 18% L.

ISV 15% L.

ISV 18% L.

TOTAL A PAGAR L.

1000 17

"La Factura es Beneficio de Todos: Exijala"

Original: Cliente - Copia: Obligado tributario emisor

Firma

IMPRESATE S. DE R.L. Tel: 9874-4342 / 8936-5797, RTN: 08019018997933 / Certificado No. 0031-22-10500-6



SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD
TEGUCIGALPA, HONDURAS
REFERENCIA Y RESPUESTA

REFERENCIA
RESPUESTA



Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Sexo	Edad
Gonzales	Alonso	Scidy Robeni	Mujer: ☒ Hombre: ☐	25
No. de expediente	7-1813	No. de Identidad	0815-2022-0057	
Dirección Teléfono (móvil / fijo)	A700001111			
Correo electrónico	NT	Persona Responsable	Sondro Alonso	
Motivo de envío	Diagnostico: ☒	Tratamiento: ☐	Seguimiento: ☐	Rehabilitación: ☐
Resumen de datos clínicos:				
Factores mayor con historial de convulsiones frecuentes de 30 minutos de duración. Además fiebre súbitamente o 1 hora antes de convulsiones				
Signos vitales	PIA: 3+	FR: 133	Pulso: 133	T: 40.5
Peso:	10		Rocien Nacido: FCF:	Tallas: APGAR:
Datos Obstétricos: Fecha Ultimo Parto:	FUM:		FPP:	E: P: C:
HV: HM: O: AB: NV: NM: AU:				
Resultado de exámenes complementarios:				
negativos				
Tratamiento aplicado:				
1- Difenidramina 0.5mg/ml en 5ml 2- Paracetamol 500mg 3- Oxígeno 2litros con puntos nasales				
Diagnostico de remisión				
1- Sin convulsiones en estudios 72 horas a 1 año. 2- Enfermedad febril en estudio				
Evaluación de Riesgo				
Con Riesgo ☒ Sin Riesgo ☐				
Recomendaciones:				
Atención y manejo especializado				
REFERIDO O RESPONDE A:				
UAPS ☐ CIS ☐ Policlínica ☒ Segundo Nivel, específico ☐ Consulta Externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización ☐ Otros, especifique				
Nombre del establecimiento que refiere o responde:		Nombre del servicio del que se refiere o responde:		Región Sanitaria:
CIS		CIS		3
Se contacto al Establecimiento al que se remitirá o responderá:		Nombre y cargo de la persona contactada:		
☐ SI ☒ No, Especifique:				
Referencia o Respuesta Pertinente: Si: ☒ No: ☐		Adecuada: Si: ☐ No: ☐		
FECHA		REFERENCIA O RESPUESTA POR:		NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE PERSONA REMITENTE:
DÍA	MES	AÑO	☒ Médico(a) General ☐ Médica(a) Especialista	
76	04	24	☐ Lic. En Enfermería ☐ Auxiliar de Enfermería	
			☐ Promotor(a) ☐ Otro.	
Hora	12:10 hr.		Especificar:	

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460
EMAIL estradadonato@yahoo.com

CAI:
OER11E-84A8CE-DA4699-E2638F-443199-ED
RTN: 03191942000581
FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024
RANGO: 000-001-01-00479001 A LA
000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #04	40.453L L	1000.00
@ L 24.720/	L	

Descuentos y Rebaja (-) L 0.00

E	Sub Total	L	1000.00
E	EXENTO	L	0.00
I	ISV 15%	L	0.00
I	ISV 18%	L	0.00
	Total	L	1000.00

Importe Exonerado (-) L. 0.00

TOTAL A PAGAR L. 1000.00
CASH L. 1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
I15.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
I18.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total L	1000.00 L	0.00 L	1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00495031
NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F

M
RTN: 08159995358044

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

GRACIAS POR SU COMPRA

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS

EXIJALA

REGN 0002 CSHH 003 DRH 01 TRANH 29480
13/04/24 19:59:06 TIENDAH AB123



SECRETARIA DE SALUD



REFERENCIA



RESPUESTA



HOJA DE REFERENCIA Y RESPUESTA

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Sexo	Edad
Zuniga	Flores	Francisco Javier	Mujer ☐ Hombre ☒	40a
No de expediente:	T	No de identidad:	0815-1984-00016	
Dirección y teléfono (movil o fijo):				
Marías del sur Batoca col 3246 3269				
Correo electrónico:				
Persona responsable:				
Elías Cabra (Primo)				
Motivo de envío:	Diagnóstico: ☐	Tratamiento: ☒	Seguimiento: ☐	Rehabilitación: ☐
Resumen de datos clínicos: se envía paciente quien refiere cecolete en mano la cual se envía por fractura en clavícula				
Signos vitales				
P/A:	FR:	FC:	Pulso:	Temp:
120/80	76	76	76	37.2
Peso: 203				
Recien nacido: FCF: Talla: APGAR:				
Datos obstétricos: Fecha del último parto:				
FUM: FPP: E: P: C:				
HV: HM: O: AB: NV: NM: AU:				
Resultado de exámenes complementarios:				
Ninguno				
Tratamiento aplicado:				
Diagnóstico de remisión: Fractura en clavícula				
Evaluación del riesgo				
Con riesgo ☐				
Sin riesgo ☒				
Recomendaciones: Atención especializada				
REFERIDO RESPONDE A:				
☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☒ Segundo nivel, especifique				
HGU				
AMERITA ATENCIÓN EN:				
☐ Consulta externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización				
☐ Otros, especifique				
Nombre del establecimiento que refiere		Nombre del servicio del que se refiere:		Región sanitaria
CURE		CURE		#8
Nombre de la Red		Subsección		
Se contacto al establecimiento al que remitirá o responderá				
☐ SI ☐ No Especifique:				
Nombre y cargo de la persona contactada:				
Referencia o respuesta: Pertinente: ☐ SI ☐ No / Adecuada ☐ SI ☐ No				
FECHA		REFERENCIA O RESPUESTA POR:		NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA REMITENTE:
DIA	MES	AÑO	☐ Médico(a) general, ☐ Médico(a) especialista	
HORA		☐ Lic. En Enfermería ☒ Auxiliar en Enfermería		
17 04 24		☐ Promoto(a) ☐ Otro,		
Especificar:				

HC 10

REFERENCIA Y RESPUESTA

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460

EMAIL estradadonato@yahoo.com

CAI:

OEB11E-B4ABCE-DA4699-E2638F-443199-ED

RTN: 03191942000581

FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024

RANGO: 000-001-01-00479001 A LA

000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF #09	40.339L L.	1000.00
	@ L 24.790/ L	

Descuentos y Rebaja (-) L 0.00

Sub Total	L	1000.00
E EXENTO	L	0.00
I ISV 15%	L	0.00
I ISV 18%	L	0.00
Total	L	1000.00

Importe Exonerado (-) L. 0.00

TOTAL A PAGAR	L.	1000.00
CASH	L.	1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
I15.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
I18.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total	L 1000.00 L	0.00 L	1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00495349

NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F
M

RTN: 08159995358044

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

GRACIAS POR SU COMPRA

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS

EXIJALA

REGH 0002 CSHH 003 DRH 01 TRANH 29761
15/04/24 22:41:25 TIENDAH ADL23



HONDURAS

Segunc

Ala

3

repi

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3

3



SECRETARIA DE SALUD



REFERENCIA

☒

RESPUESTA

☐

HOJA DE REFERENCIA Y RESPUESTA

FNU. 20-8-91

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Séxo	Edad					
Vosquez	Alonzo	Henry orlando	Mujer ☐ Hombre ☒	320					
No de expediente: Tup.		No de Identidad: 0815-1991-00060							
Dirección y teléfono (movil o fijo): 11111 Samalare									
Correo electrónico: Nt		Persona responsable: Angel Vasquez							
Motivo de envío:	Diagnóstico: ☐	Tratamiento: ☒	Seguimiento: ☐	Rehabilitación: ☐					
Resumen de datos clínicos: Se refiere paciente masculino de 32 años de edad quien presenta dolor en el abdomen bajo derecho. Acompañado de hemitórax con 3 horas de evolución. Se trasladado para su atención especializada.									
Signos vitales	P/A: 100/60	FR: 19x	FC: 76x	Pulso: 78x	Temp: 38.2	Peso: —	Recien nacido: FCF: —	Talla: —	APGAR: —
Datos obstétricos: Fecha del último parto: —					FUM: —	FPP: —	E: —	P: —	C: —
HV: —	HM: —	O: —	AB: —	NV: —	NM: —	AM: —			
Resultado de exámenes complementarios: ninguno									
Tratamiento aplicado: ninguno									
Diagnóstico de remisión: Sospecha de Apendicitis					Evaluación del riesgo				
					Con riesgo ☒				
					Sin riesgo ☐				
Recomendaciones: Se trasladado para su atención especializada									
REFERIDO RESPONDE A: ☒ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☐ Segundo nivel, especifique					AMERITA ATENCIÓN EN: ☐ Consulta externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización ☐ Otros, especifique				
Nombre del establecimiento que refiere: C.M.I.		Nombre del servicio del que se refiere: C.M.I.		Región sanitaria: Hg		Nombre de la Red: Samalare			
Se contacto al establecimiento al que remitirá o responderá: ☐ Si ☒ No Especifique;					Nombre y cargo de la persona contactada:				
Referencia o respuesta: Pertinente: ☒ Si ☐ No / Adecuada ☒ Si ☐ No									
FECHA: DIA 15 MES 4 AÑO 24		REFERENCIA O RESPUESTA POR: ☐ Médico (a) general, ☐ Médico(a) especialista ☐ Lic. En Enfermería ☒ Auxiliar en Enfermería ☐ Promotos(a) ☐ Otro,		NOMBRE, FIRMAR Y SELLO DE LA PERSONA REMITENTE: Mayra Zepeda					

HC 10

REFERENCIA Y RESPUESTA

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460
EMAIL estradadonato@yahoo.com

CAI:
OEB11E-84A9CE-DA4699-E2638F-443199-ED
RTN: 03191942000581
FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024
RANGO: 000-001-01-00479001 A LA
000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	moneda	moneda
E DIESEL EF #03	40.339L	L	1000.00
	@ L 24.790/ L		
Descuentos y Rebaja (-)	L		0.00
Sub Total	L		1000.00
E EXENTO	L		0.00
I ISV 15%	L		0.00
I ISV 18%	L		0.00
Total	L		1000.00
Importe Exonerado (-)	L		0.00
TOTAL A PAGAR	L		1000.00
CASH	L		1000.00

UN MIL LENPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Res. Exonerado: _____

No. Res. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
T15.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
T18.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
E00.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total	L 1000.00	0.00 L	1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00495708
NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA F
M

RTN: 08159995358044

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

GRACIAS POR SU COMPRA

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS

EXIJALA

REGN 0002 CSNA 003 DRN 01 TRANS 2007
17/04/24 23:17:26 TIENDAS AB12

GASOLINERA TEXACO LOARQUE
COMAYAGUELA, SALIDA CARRETERA DEL SUR
TEL 2226-6460
EMAIL estradadonato@yahoo.com
CAI:
DER11E-84ABCE-DA4699-E2638F-443199-ED
RTN: 03191942000581
FECHA LIMITE EMISION: 28/12/2024
RANGO: 000-001-01-00479001 A LA
000-001-01-00558200

Descr.	Ctd./ P.Unit	monto
E DIESEL EF H03	40.601L L	1000.00
	@ L 24.630/ L	

Descuentos y Rebaja (-) L	0.00
---------------------------	------

Sub Total L	1000.00
E EXENTO L	0.00
I ISV 15% L	0.00
I ISV 18% L	0.00
Total L	1000.00

Importe Exonerado (-) L	0.00
-------------------------	------

TOTAL A PAGAR L	1000.00
CASH L	1000.00

UN MIL LEMPIRAS

ADQUIRIENTE EXONERADO

No. OC Exenta: _____

No. Reg. Exonerado: _____

No. Reg. SAG: _____

Tarifa	Importe	Impuesto	Total
115.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
118.00% L	0.00 L	0.00 L	0.00
000.00% L	1000.00 L	0.00 L	1000.00
Total L	1000.00 L	0.00 L	1000.00

FACTURA

NO.: 000-001-01-00496048
NOMBRE: ALCALDIA MUNICIPAL DE REIOCA F
M
RTN: 08159995358044
ORIGINAL: CLIENTE
COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EXISOR
GRACIAS POR SU COMPRA
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS
EXTJALA

REG# 0002 CS# 003 DR# 01 TRAN# 21097
24/04/24 20:51:03 TIENDAS AB123

No 2: Hoja de Referencia y Respuesta
(HC10)

SECRETARIA DE SALUD
REFERENCIA Y RESPUESTA

REFERENCIA ☒
RESPUESTA ☐

28-12-75

Primer Apellido: FLORES Segundo Apellido: TORRES Nombre(s): SANTOS INOCENTE
N° de expediente: T N° de Identidad: 0815-1982-00546 Edad: 48 Sexo: M

Dirección y Teléfono (móvil/fijo): LLANO CERRO DEL SEÑOR
Correo Electrónico: NT Persona Responsable, parentesco y Número de teléfono: PAULINA FLORES TORRES

Motivo del envío: Diagnóstico: ☒ Tratamiento: ☐ Seguimiento: ☐ Rehabilitación: ☐
Resumen de datos clínicos:

SE REFIERE PACIENTE QUE SUFRIÓ CAÍDA DE UNA MOTOCICLETA,
CAYENDO DE COSTADO, Y APARENTEMENTE FRACTURANDO EL
CODO IZQUIERDO.

Signos Vitales: P/A: 100/80 FR: 15 FC: 80 Pulso: 80 T: 37 Peso: — Reclén Nacido: FCF: — Talla: — APGAR: —
HGO: Fecha Ultimo Parto: — FUM: — FPP: — AU: — G: — P: — C: — A: —
HV: — HM: — O: — NV: — NM: —
Resultado de exámenes complementarios: NINGUNO.

Tratamiento aplicado: ENANTYUM IV STAT.

Diagnóstico de remisión: D/C FRACTURA CODO IZQUIERDO

Recomendaciones: POR FAVOR REALIZAR RADIOGRAFIA Y BRINDAR
TX OPORTUNO.

Condición de Salida: REFERIDO o RESPONDE A: HEU
☐ UAPS ☐ CIS ☐ Policlínico ☒ Segundo Nivel, especifique:

AMERITA ATENCIÓN EN:
☐ Consulta Externa ☒ Emergencia ☐ Hospitalización
☐ Otros, especifique:

Nombre del Establecimiento al que se Refiere o Responde: CMI BEROXA
Nombre del Servicio al que se Refiere o Responde: CIE

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

Nombre y cargo de la persona contactada:

Fecha y Hora de la remisión: DIA 24 MES 04 AÑO 24 HORA 17:00
REFERENCIA O RESPUESTA POR: ☐ Medico General ☐ Medico Especialista
☐ Enfermera ☒ Auxiliar ☐ Otro, Especificar:
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE PERSONA REMITENTE: SINDIENIE

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

HC10

REFERENCIA Y RESPUESTA



Republica de Honduras
Municipalidad de Reitoca F.M.

CERTIFICACION DE PUNTO DE ACTA

El Suscrito Secretario del Municipio de Reitoca, Departamento de Francisco Morazán, CERTIFICA que en los folios 304 al 311 del libro de Actas tomo 35 se encuentra la que dice: **ACTA N° 55 Sesión Ordinaria, Celebrada por la Honorable Corporación Municipal del Municipio de Reitoca, Departamento de Francisco Morazán el día Viernes 1 de Noviembre del año 2019, en el salón de sesiones de la Alcaldía Municipal, presidió la sesión el Señor Alcalde Municipal Marlon Nepthali Osorto Chevez, con la Asistencia de la Vice Alcaldesa Municipal Rosa Adriana Montes Isidro y los Regidores por su Orden, 1° Luis Alexi Oliva Baca, 2° Marcelino Huiza Sierra, 3° Noe de Jesus Almendarez Flores, 4° Francisca Andino Espinoza, 5° Leonel Zuniga Lardy 6° Magdaleno Lagos, 7° Luis Euceda Fúncz, 8° Iris Arely López Hernández y El Secretario del Despacho Marlon Javier Blandin Maldonado que da fe. 1-Comprobacion del Quórum. 2- El Señor Alcalde Municipal, Márton Nepthali Osorto Chevez dio por abierta la sesión. 3- Se le dio lectura al acta de la sesión anterior, la cual después de ser escuchada, fue discutida y aprobada sin ninguna modificación. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 14 15 16 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25.- La Honorable corporación municipio del municipio de Reitoca departamento de francisco Morazán por unanimidad de votos resuelve y acuerde aprobarle un fondo rotatorio al tesorero municipal Gustavo Antonio Osorto García por la cantidad de 20,000.00 lempiras mensuales a partir de este mes de noviembre para que maneje fluidez de efectivo para que realice pagos y compras que no se pueda efectuar de la caja chica, así como también realice los depósitos de los ingresos integradamente en las cuentas bancarias de la municipalidad las cuales los realizara cada dos semanas, por el motivo que tiene que movilizarse fuera del municipio para realizar los depósitos y que en algunas semanas los ingresos son muy bien bajos por lo tanto no es conveniente para la municipalidad que los realice diariamente o semanalmente, así como también aprueban el documento en donde se encuentra lo que es el manual sobre el uso y manejo del fondo rotatorio. No habiendo más de que tratar se levantó la Sesión Firmando para constancia. Sello y firma Alcalde Municipal Marlon Nepthali Osorto Chevez, Vice-Alcaldesa y Regidores por su orden, Secretario Municipal Marlon Javier Blandin Maldonado que da fe.**

1201209984
ALCALDIA MUNICIPAL DE REITOCA

CHEQUE No. 00018637

31- Mayo - 2024
Lugar y fecha

Gustavo Antonio Asato Garcia - 14,380.00
Figúrese a la orden de

diez y nueve mil trescientos ochenta lempiras
Cantidad en letras

 DAVIVIENDA

Banco DAVIVIENDA Honduras, S.A.

 
Firma(s)

⑆0⑆⑆20307⑆0000⑆20⑆209984⑆00018637