



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Servicios Funerarios Ventura, TRL
 Dirección: km 22 Av. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Ataud cuadrado Simple		\$8,500.00	\$8,500.00
			Total: \$ <u>8,500.00</u>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
RNC: 1-32-549295

FACTURA

Ciente: Ayuntamiento de La Guayiga	NCF: B1500000025
RNC: 4-30-04466-2	fecha: 04/10/2022
DIRECCION: La Guayiga	
Solicitante: flow	
Factura: 00153-	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8.500,00	\$ 8.500,00
1			\$ -
1			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$8.500,00
ITBIS			
Total US\$			\$8.500,00



57
LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS

Primer Nombre: <u>Lovernaylie</u> Segundo Nombre: <u>ARISSE</u> Apellido Paterno: <u>ARISSE</u> Apellido Materno: <u>ARISSE</u>	
2. ¿CUÁL ES EL SEXO?: 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input checked="" type="checkbox"/> Femenino 9. <input type="checkbox"/> Desconocido	
3. ¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD?: 2. <input checked="" type="checkbox"/> Otra (especificar) <u>Dominicana</u> 9. <input type="checkbox"/> Desconocida Código <u>111</u>	
4. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO?: <u>1.0</u> <u>0.2</u> <u>2.0.1.14</u> Día Mes Año	
5. ¿CUÁL ES LA EDAD CUMPLIDA?: Si es mayor de 1 año, edad en <u>10.2</u> años Si es menor de 1 mes, edad en <u>11</u> días Si es menor de un día, edad en <u>11</u> horas	
6. ¿CUÁL ES EL ESTADO CONVUGAL?: (Marque con X una sola respuesta) 1. <input type="checkbox"/> Casado (a) 2. <input type="checkbox"/> Unión Libre 3. <input type="checkbox"/> Viudo (a) 4. <input type="checkbox"/> Separado (a) 5. <input type="checkbox"/> Soltero (a)	
7. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD?: (Indique el nivel más alto alcanzado marcando con X una sola respuesta) 1. <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Primario (1-3 curso) 3. <input type="checkbox"/> Primario (4-7 curso) 4. <input type="checkbox"/> Primaria completa (terminó el 8 curso) 5. <input type="checkbox"/> Secundario incompleto (1° a 3° bachillerato) 6. <input type="checkbox"/> Secundario completo (bachiller) 7. <input type="checkbox"/> Estudios universitarios 9. <input type="checkbox"/> Desconocido	
8. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL?: <u>1111111111</u> 8.1 ARS: <u>1111</u>	
9. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN HABITUAL? -especifique: <u>1111</u> 8.2 ARS: <u>1111</u>	
10. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN HABITUAL? Anote la dirección del domicilio de el (la) fallecido (a). 10.1. Provincia: <u>Santo Domingo</u> 10.2. Municipio: <u>S. D. Este</u> 10.3. Distrito Municipal: <u>1111</u> 10.4. Sección: <u>1111</u> 10.5. Barrio / Paraje: <u>El Baisal</u> 10.6. Calle y Número: <u>Las Mercedes #3 Km 20 Aut. Norte</u>	
11. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos de la Madre? <u>Nazilia Jean</u> 12. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Padre? <u>1111</u> 13. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Conyuge? <u>1111</u>	
14. SI LA PERSONA FALLECIDA ES UNA MUJER DE 10-49 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: 1. <input type="checkbox"/> El Embarazo 2. <input type="checkbox"/> El Parto 3. <input type="checkbox"/> Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto) 4. <input type="checkbox"/> Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto 5. <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte 9. <input type="checkbox"/> Ignorado	
DATOS DE LA DEFUNCIÓN	
15. FECHA DE DEFUNCIÓN: <u>0.14</u> <u>1.0</u> <u>2.0.2.2</u> <u>0.12</u> <u>1.3</u> Día Mes Año Horas Minutos	
15.1. HORA DE DEFUNCIÓN: <u>0.12</u> <u>1.3</u>	
16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN?: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Centro de Salud Público 2. <input type="checkbox"/> Centro de Salud Privado 3. <input type="checkbox"/> Casa 4. <input type="checkbox"/> Vía Pública 5. <input type="checkbox"/> Otro 16.1. Nombre del Centro de Salud: <u>1111</u> Código <u>1111</u>	
17. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL LUGAR DÓNDE OCURRIÓ LA MUERTE? 17.1. Provincia: <u>Santo Domingo</u> 17.2. Municipio: <u>S. N.</u> 17.3. Distrito Municipal: <u>1111</u> 17.4. Sección: <u>1111</u> 17.5. Barrio / Paraje: <u>La Florida</u> 17.6. Calle y Número: <u>Abraham Lincoln no 2, 159, Independencia</u> 17.7. Teléfono: <u>209-533-1111</u>	
18. CAUSA DE DEFUNCIÓN: I. Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente: Causas, antecedentes, estados morbosos, si estuviera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica. A. <u>Crisis de Bradicardia severa</u> debido a (o como consecuencia de) B. <u>Shock Neurogénico</u> debido a (o como consecuencia de) C. <u>Tronca unido en el abdomen</u> debido a (o como consecuencia de) D. <u>Hemorragia Intracerebral</u> II. Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte pero no relacionada con la enfermedad o condición morbosa que la produjo. <u>fractura de tibia y peroneo</u> <u>secuelas neurotóxicas</u>	
18.1. Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte <u>1111</u> Código CE <u>1111</u> (Creado por el codificador)	
19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CE <u>1111</u>	
20. ¿EL FALLECIDO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No 9. <input type="checkbox"/> Se ignora	
21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA O AUTOPSIA?: 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No 9. <input type="checkbox"/> Se ignora	
22. ¿CUÁL FUÉ EL TIPO DE MUERTE?: (Marque con X una sola respuesta) 1. <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo 2. <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito 3. <input type="checkbox"/> Otro tipo de accidente 4. <input type="checkbox"/> Homicidio 5. <input type="checkbox"/> Suicidio 6. <input type="checkbox"/> No violenta 7. <input type="checkbox"/> Indeterminado 9. <input type="checkbox"/> Se ignora	
22.1. Si es muerte violenta ¿Dónde ocurrió el hecho de violencia?: 0. <input type="checkbox"/> Vivienda 1. <input type="checkbox"/> Institución residencial 2a. <input type="checkbox"/> Escuela 2b. <input type="checkbox"/> Otras instituciones y áreas administrativas públicas 3. <input type="checkbox"/> Área de deporte o atletismo 4. <input type="checkbox"/> Calle o carretera 5. <input type="checkbox"/> Área comercial de servicios 6. <input type="checkbox"/> Área industrial o de la construcción 7. <input type="checkbox"/> Finca, parcela 8. <input type="checkbox"/> Otro 9. <input type="checkbox"/> Se ignora	
DATOS DEL INFORMANTE: 23. Número de Cédula de Identidad del Informante: <u>11-111111-1111</u> 24. Nombre y Apellidos del Informante: <u>Nazilia Jean</u> Teléfono del In: <u>249-373-2323</u>	
DATOS DE LA CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE 25. Parentesco con el fallecido (a): <u>Madre</u>	
26. ¿Quién certifica la muerte?: 1. <input type="checkbox"/> Médico tratante 2. <input type="checkbox"/> Médico legista 3. <input checked="" type="checkbox"/> Otro médico 4. <input type="checkbox"/> Otro, especifique: <u>1111</u>	
26.1. Certificada por médico anote: Número de exequiatur: <u>711-21</u>	
26.2. Si la certificación no la realizó el médico tratante ¿Cómo determinó la causa de muerte?: 1. <input type="checkbox"/> Necropsia o Autopsia 2. <input type="checkbox"/> Reconocimiento del cadáver 3. <input type="checkbox"/> Interrogatorio a familiares y/o testigos	
26.3. Si la defunción es certificada en una institución de salud o por un médico legista anote el: Nombre de la institución: <u>Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral</u>	
26.4. Nombre(s) y Apellidos del Certificante: <u>Arisvelis Martinez</u> 26.5. Número de Cédula de Identidad del Certificante: <u>41012-2372313196-61</u> Código: <u>1111</u>	
26.6. Firma del Certificante: <u>Arisvelis Martinez</u>	
26.7. Dirección del Certificante: <u>Abraham Lincoln</u> 26.8. Teléfono del Certificante: <u>1111</u>	



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4335

Form. No. 815
Aprobado por el
Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Servicios Funerarios Ventura, IRL

Dirección: Cm 77 Av. Duval

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los articulos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Aband cuadrado simple		\$8,500.00	\$8,500.00
			Total: <u>\$8,500.00</u>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
RNC: 1-32-549295

FACTURA

Cliente: Ayuntamiento de La Guayiga	NCF: B1500000026
RNC: 4-30-04466-2	fecha: 13/10/2022
DIRECCION: La Guayiga	
Solicitante: popi	
Factura: 00154-	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8.500,00	\$ 8.500,00
			\$ -
			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$8.500,00
ITBIS			
Total US\$			\$8.500,00





República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL DE LA GUAYIGA
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R. D.
 RNC: 43004662

DECLARACION DE DEFUNCION HECHA ANTE EL ALCALDE PEDANEO

En el Distrito Municipal de La Guayiga Municipio Pedro Brand, Provincia Santo Domingo, en el sector de El Progreso a los 13 días del mes de octubre del año 2022

, me ha declarado el Señor (a) Martha Beatriz Puello Almonte
 Cédula de Identidad y Electoral No. 224-0038809-0, domiciliado(a) y residente en la

Calle progreso No. Barrio El Progreso
 Municipio pedro Brand Provincia Santo Domingo

parentesco Sobrino Que falleció el Señor(a) Miguel Almonte
 Cédula de Identidad y Electoral No. 001-0572698-6 el día 13 del mes de Octubre 2022 a las 9:00 horas del (la) Mañana, a causa de Muerte Natural

TAMBIEN SE HA OBTENIDO PARA FINES ESTADISTICO LOS DATOS SIGUIENTES DEL FALLECIDO(A)

Que es de Nacionalidad Dominicana nacido(a) el día 25 del mes de Diciembre del año 1942 de profesión obrero de color negro

Que profesaba la religión Catolica domiciliada en a calle El Progreso
 No. Barrio El Progreso Distrito Municipal de La Guáyiga, de estado Sottero con

el Señor(a) Cédula de Identidad y Electoral No.

siendo sus padres Señor Cédula de Identidad y Electoral No.

Nacionalidad y Señora Nacionalidad

Cédula de Identidad y Electoral No. Nacionalidad

[Signature]

Alcalde Pedáneo

Esta declaración debe ser enviada a la Oficialía del Estado Civil, dentro de los diez (10) días de haberla recibido para conocimiento y cumplimiento del Alcalde Pedáneo se copian a continuación los siguientes párrafos del artículo 72 de la Ley

No. 659, sobre Actos del Estado Civil, Art. 7, No podrá darle sepultura a ningún cadáver, sin que se haga la declaración al oficial del Estado Civil, el cual deberá, en los casos que se convenga alguna duda, transportarse a la morada del difunto para cercionarse del hecho.

Cuando la defunción ocurra fuera de las zonas urbanas y el enterramiento del cadáver vaya a ser efectuado en un cementerio rural, la declaración podrá ser hecha ante el Alcalde Pedáneo, el cual deberá, en los casos en que conciba, transportarse a la morada del difunto para cercionarse del hecho.

Este funcionario deberá comunicar las declaraciones de defunciones que reciba, dentro de diez (10) días de haberla recibido, al oficial del Estado Civil correspondiente, para que este las inscriba en sus registros.

El Alcalde Pedáneo que dejare de cumplir esta obligación, será castigado con las penas establecidas en el art. 44 de esta Ley, y en caso de reincidencia, con las mismas penas y separación del cargo.



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: *Servicios Funerarios Ventura, IRL*
 Dirección: *Km 72 Av. Duarte*

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Alaud cuachado simple		\$8,500.00	\$8,500.00
			<i>Total: \$8,500.00</i>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Sindico Municipal
Sarah J. Gonzalez

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
RNC: 1-32-549295

FACTURA

Cliente: Ayuntamiento de La Guayiga	NCF: B1500000027
RNC: 4-30-04466-2	fecha: 14/10/2022
DIRECCION: La Guayiga	
Solicitante: flow	
Factura: 155	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8.500,00	\$ 8.500,00
			\$ -
			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$8.500,00
ITBIS			
Total US\$			\$8.500,00



ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Servicios Funerarios Ventura, SRL

Dirección: Km 22 Av. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Ataud cuadrado Simple		\$9,500.00	\$9,500.00
1	Transporte del hospital del km 23 av. Duarte al cementerio Km 24		\$2,000.00	\$2,000.00
			TOTAL: \$11,500.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL



Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
 La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
 Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
 RNC: 1-32-549295

FACTURA

Ciente:	Junta municipal La Guayiga	NCF: B1500000041 fecha: 06/11/2022
RNC:	4-30-04466-2	
DIRECCION:	Distrito municipal de Hatillo	
fecha solicitud	31/10/2022	
Solicitante	flow	
Factura	157	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8,500.00	\$ 8,500.00
1	Transporte del hopital del km 28 autopista duarte al cementerio km 24	\$ 2,000.00	\$ 2,000.00
			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$10,500.00
ITBIS			
Total RD\$			\$10,500.00



157

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
CERTIFICADO DE DEFUNCION

00110204328
Reynaldo Alcántara Figueroa
08061935
Choper
Calle Pineda
Km 22 autopista Baitoa
Futura Figuera

LIBERADO Y EXPEDICION GRATUITO

311020221220
Servicio de Cadavero
Calle Pineda La Sabana

Agencia Cultural
Cultural y educativa de marca
Educativa
Tramite cultura multiple Senare

26. AVALUADO POR INCAPACITACION DEL AFECTADO
27. AVALUADO POR INCAPACITACION DEL AFECTADO

DATOS DEL DEFUNTO
00110016763
Figueroa Alcántara Reynaldo

DATOS DE LA CERTIFICACION DE LA MUERTE
300-B

Instituto Nacional de Estadística, Frecuencia
Calle Alcántara

INACIF 8095600061 01112020

REPUBLICA DOMINICANA

JUNTA CENTRAL ELECTORAL
DE LA REPUBLICA DOMINICANA
001-1235437-8

04 JUN 1975

ELABORADO POR: BELLA CARRERA, DRA.
REVISADO POR: ESTEBAN...
DIRECCION GENERAL DE REGISTRO CIVIL

ROBERTO ANTONIO
FERNANDEZ FIGUEROA

REPUBLICA DOMINICANA

04 JUN 1975

ELABORADO POR: BELLA CARRERA, DRA.
REVISADO POR: ESTEBAN...
DIRECCION GENERAL DE REGISTRO CIVIL

ROBERTO ANTONIO
FERNANDEZ FIGUEROA



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Servicios Funerarios Ventura T RL
 Dirección: Km 27 Aut. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Atand cuadrado simple		89,500.00	89,500.00
1	Transporte desde barrio el progreso al cementerio la poma.		82,000.00	82,000.00
			TOTAL: 810,500.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
 La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
 Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
 RNC: 1-32-549295

FACTURA

Ciente:	Junta municipal La Guayiga	NCF: B15000000412
RNC:	4-30-04466-2	fecha: 15/11/2022
DIRECCION:	km 22 autopista duarte La Guayiga	
fecha solicitud	7/11/2022	
Solicitante	popi	
Factura	158	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8,500.00	\$ 8,500.00
1	Transporte desde barrio el progreso al cementerio la piña.	\$ 3,000.00	\$ 2,000.00
			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$10,500.00
ITBIS			
Total RD\$			\$10,500.00





REPÚBLICA DOMINICANA
JUNTA CENTRAL ELECTORAL
CÉDULA DE IDENTIDAD Y ELECTORAL

402-2329301-6



LUGAR DE NACIMIENTO:

NAGUA, R.D.

FECHA DE NACIMIENTO:

20 ABRIL 1993

NACIONALIDAD: REPUBLICA DOMINICANA

SEXO: F SANGRE:

ESTADO CIVIL: SOLTERA

OCCUPACIÓN: ESTUDIANTE

FECHA DE EXPIRACIÓN:

20 ABRIL 2024

Soleyni de la Cruz Campo

SOLEYNI
DE LA CRUZ CAMPO

Tos

Antes de llenar el certificado de defunción, lea las instrucciones del reverso y luego llénelo utilizando letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FALLECIDO (Si es un recién nacido, anote "Nombre(s)" las palabras Recién nacido.)

1. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE?: U1012-2131219131011-61 Se ignora
Cédula

1.1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A): Se ignora
Primer Nombre: Salvini Segundo Nombre: De la Cruz Apellido Paterno: De la Cruz Apellido Materno: Zampo

2. ¿CUÁL ES EL SEXO?: Masculino Femenino Desconocido

3. ¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD?: Dominicana Otra, especifique: Desconocida Código

4. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO?: 210 014 191913
Día Mes Año

5. ¿CUÁL ES LA EDAD CUMPLIDA?: 999 Edad Desconocida
Si es mayor de 1 año, edad en 029 años Si es menor de un año, edad en meses
Si es menor de 1 mes, edad en días Si es menor de un día, edad en horas
Si es menor de 1 mes o de un día favor colocar No. Folio certificado de nacido vivo

6. ¿CUÁL ES EL ESTADO CONYUGAL?: (Marque con X una sola respuesta)
 Casado (a) Unión Libre Viudo (a) Divorciado (a) Separado (a) Soltero (a) Desconocido

7. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD?: (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta)
 Ninguno Primario (1-3 curso) Primario (4-7 curso) Primaria completa (terminó el 8 curso) Secundario incompleto (1° a 3° bachillerato) Secundario completo (bachiller) Estudios universitarios Se ignora

8. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL?: 11111111111111111111 8.1 ARS: Genova Se ignora

9. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN HABITUAL? especifique: Señor de familia Se ignora No aplica

10. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN HABITUAL? Anote la dirección del domicilio de el (la) fallecido (a).
10.1. Provincia: Santo Domingo 10.2. Municipio: 10.3. Distrito Municipal:
10.4. Sección: 10.5. Barrio / Paraje: Pedro Brand
10.6. Calle y Número: C/ Por Progreso, Km 22 Aut. Duarte 10.7. Teléfono:

11. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos de la Madre? Fallecida 12. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Padre? Pedro de la Cruz 13. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Cónyuge?

14. SI LA PERSONA FALLECIDA ES UNA MUJER DE 10-49 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE:
 El Embarazo El Parto Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto) Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto
 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte Ignorado

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

15. FECHA DE DEFUNCIÓN: 07 11 201212 15.1. HORA DE DEFUNCIÓN: 03:30 A.M. P.M.
Día Mes Año Horas Minutos

16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN?
 Centro de Salud Público Centro de Salud Privado Casa
 Vía Pública Otro
16.1. Nombre del Centro de Salud: Medico Pueblo Código

17. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL LUGAR DÓNDE OCURRIÓ LA MUERTE?
17.1. Provincia: Santo Domingo 17.2. Municipio: 17.3. Distrito Municipal:
17.4. Sección: 17.5. Barrio / Paraje: Copulillas
17.6. Calle y Número: Av. Nilda de Arevalo 17.7. Teléfono:

18. CAUSA DE DEFUNCIÓN:
I. Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente:
Causas, antecedentes, estados morbosos, si estuviera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica
A. Falla respiratorio tipo I debido a (o como consecuencia de)
B. sepsis de foco pulmonar debido a (o como consecuencia de)
C. Empiema debido a (o como consecuencia de)
D. Parqueurgeta complicada de la arteriopatía aterosclerótica
II. Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte. Pero no relacionada con la enfermedad o condición morbosa que la produjo

18.1. Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte Código CIE (llenado por el codificador)

19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE 11111

20. ¿EL FALLECIDO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?: Sí No Se ignora

21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA O AUTOPSIA?: Sí No Se ignora

22. ¿CUÁL FUE EL TIPO DE MUERTE?: (Marque con X una sola respuesta)
 Accidente de trabajo Accidente de tránsito Otro tipo de accidente Homicidio Suicidio No violenta Indeterminado Se ignora

22.1. Si es muerte violenta ¿Dónde ocurrió el hecho de violencia?:
0. Vivienda Institución residencial 2a. Escuela 2b. Otras instituciones y áreas administrativas públicas 3. Área de recreación y deporte 4. Calle o carretera 5. Área comercial de servicios 6. Área industrial o de la construcción 7. Finca, parcela 8. Otro

DATOS DEL INFORMANTE
23. Nombre y apellido del Informante: 01516-011518191812-2 Teléfono del Informante:

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS





Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Servicios Turísticos Venturay, T.R.L.
 Dirección: Km 27 Av. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Almohad cuadrados especial doble tapa.		\$18,500.00	\$18,500.00
			Total: \$18,500.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sorah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
 La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
 Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
 RNC: 1-32-549295

FACTURA

Cliente:	Junta municipal La Guayiga	NCF: B1500000043
RNC:	4-30-04466-2	fecha: 15/11/2022
DIRECCION:	km 22 autopista duarte La Guayiga	
fecha solicitud	31/10/2022	
Solicitante	maximo disla	
Factura	159	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadradoespecial doble tapa.	\$ 18,500.00	\$ 18,500.00
			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$18,500.00
ITBIS			
Total RD\$			\$18,500.00



Antes de llenar el certificado de defunción, lea las instrucciones del reverso y luego llénelo utilizando letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FALLECIDO (Si es recién nacido, anote "Nombre(s)" las palabras Recién nacido.)

1. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE?: 0101-11737101911-61 Se ignora
(Solo en mayores de 15 años) Cédula

1.1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A): Se ignora
 Primer Nombre: Roxanna Segundo Nombre: Almonte Apellido Paterno: Burgos Apellido Materno: Burgos

2. ¿CUÁL ES EL SEXO?: 1. Masculino 2. Femenino 3. Desconocido

3. ¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD?: 1. Dominicana 2. Otra, especifique: 3. Desconocida Código:

4. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO?: 2.3.06.19.8.1
Día Mes Año

5. ¿CUÁL ES LA EDAD CUMPLIDA?: 999 Edad Desconocida
 Si es mayor de 1 año, edad en 09 años Si es menor de un año, edad en meses
 Si es menor de 1 mes, edad en días Si es menor de un día, edad en horas
Si es menor de 1 mes o de un día favor colocar No. Folio certificado de nacido vivo

6. ¿CUÁL ES EL ESTADO CONYUGAL?: (Marque con X una sola respuesta)
 1. Casado (a) 2. Unión Libre 3. Viudo (a) 4. Divorciado (a) 5. Separado (a) 6. Soltero (a) 9. Desconocido

7. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD?: (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta)
 1. Ninguno 2. Primaria (1-3 curso) 3. Primaria (4-7 curso) 4. Primaria completa (terminó el 8 curso)
 5. Secundario Incompleto (1° a 3° bachillerato) 6. Secundario completo (bachiller) 7. Estudios universitarios 9. Se ignora

8. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL?: 0112141161-9.131 B.T. ARS: Senasa Sula Se ignora

9. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN HABITUAL? especifique: Ama de casa Se ignora No aplica

10. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN HABITUAL? Anote la dirección del domicilio de él (la) fallecido (a):
 10.1. Provincia: Sto. Dgo Oeste 10.2. Municipio: 10.3. Distrito Municipal:
 10.4. Sección: 10.5. Barrio / Paraje: La Guayaca
 10.6. Calle y Número: Principal Km 22 Autopista Duarte 10.7. Teléfono: 809-4072715

11. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos de la Madre? Luz Maria Burgos 12. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Padre? Plinio Almonte 13. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Cónyuge? Fredy vida Anicelo

14. SI LA PERSONA FALLECIDA ES UNA MUJER DE 10-49 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE:
 1. El Embarazo 2. El Parto 3. Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto) 4. Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto
 5. No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte 9. Ignorado

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

15. FECHA DE DEFUNCIÓN: 3.0.11.20.12.2.03.20 15.1. HORA DE DEFUNCIÓN:
Día Mes Año Horas Minutos

16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN?: 1. Centro de Salud Público 2. Centro de Salud Privado 3. Casa
 4. Vía Pública 5. Otro
 16.1. Nombre del Centro de Salud: Hsp. Dr. Rodolfo de la Cruz Lora Código:

17. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL LUGAR DÓNDE OCURRIÓ LA MUERTE?
 17.1. Provincia: Sto. Dgo Oeste 17.2. Municipio: Pedro Brand 17.3. Distrito Municipal:
 17.4. Sección: 17.5. Barrio / Paraje:
 17.6. Calle y Número: Km 28 Autopista Duarte 17.7. Teléfono: 809-559-8600

18. CAUSA DE DEFUNCIÓN:
 I. Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente:
 Causas, antecedentes, estados morbosos, si estuvieron alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica
 A. Sepsis Foco Pulmonar
debido a lo como consecuencia de
 B. Neumonía Adquirida en la Comunidad
debido a lo como consecuencia de
 C. Plb. Proceso neurodegenerativo auto inmune
debido a lo como consecuencia de
 D. Manequisis Oral

18.1. Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte Código CIE (llenado por el codificador)

II. Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte. Pero no relacionada con la enfermedad o condición morbosa que la produjo

19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE

20. ¿EL FALLECIDO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?: 1. Sí 2. No 9. Se ignora

21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA O AUTOPSIA? 1. Sí 2. No 9. Se ignora

22. ¿CUÁL FUE EL TIPO DE MUERTE?: (Marque con X una sola respuesta)
 1. Accidente de trabajo 2. Accidente de tránsito 3. Otro tipo de accidente 4. Homicidio 5. Suicidio 6. No violenta 7. Indeterminado 9. Se ignora

22.1. Si es muerte violenta ¿Dónde ocurrió el hecho de violencia?:
 0. Vivienda 1. Institución residencial 2a. Escuela 2b. Otras instituciones y áreas administrativas públicas 3. Área de deporte o atletismo
 4. Calle o carretera 5. Área comercial de servicios 6. Área industrial o de la construcción 7. Finca, parcela 8. Otro 9. Se ignora

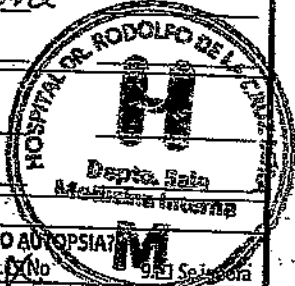
DATOS DEL INFORMANTE

23. Número de Cédula de Identidad del informante: 0101-11214111351
 24. Nombre y Apellidos del Informante: Ydine Almonte Burgos Teléfono del Inf.: 809-407-2715
 25. Parentesco con el fallecido (a): Hermana

DATOS DE LA CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE

26. ¿Quién certifica la muerte?: 1. Médico tratante 2. Médico legista 3. Otro médico 4. Otro, especifique:

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS





Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
 RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Servicios Terebates Ventura SRL
 Dirección: Km 22 A.T. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Ataud cuadrado simple		\$8,500.00	\$8,500.00
1	Transporte desde el Km 22 hasta funeraria del Km 24		\$3,000.00	\$3,000.00
1	Transporte funeraria del km 24 hasta el cementerio Cristo Redentor.		\$3,500.00	\$3,500.00
			TOTAL: \$15,000.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal
Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
 La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
 Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
 RNC: 1-32-549295

FACTURA

Cliente:	Junta municipal La Guayiga	NCF: B1500000044
RNC:	4-30-04466-2	fecha: 20/11/2022
DIRECCION:	km 22 autopista duarte La Guayiga	
fecha solicitud	08/11/2022	
Solicitante	presidenta junta de vecino del predegal	
Factura	160	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8,500.00	\$ 8,500.00
1	transporte deesde el km 22 hasta funeraria del km 24.	\$ 3,000.00	\$ 3,000.00
1	transporte funeraria del km 24 hasta el cementerio cristo redentor	\$ 3,500.00	\$ 3,500.00
			\$ -
Subtotal			\$15,000.00
ITBIS			
Total RD\$			\$15,000.00



Antes de llenar el certificado de defunción, lea las instrucciones del reverso y luego llénelo utilizando letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FALLECIDO (Si es un recién nacido, anote "Nombre(s)" las palabras Recién nacido.)

1. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE?: 001-0117035-9 Se ignora
(Solo en mayores de 15 años) Cédula

1.1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A): Se ignora
Primer Nombre: Juan Segundo Nombre: Orlando Apellido Paterno: Rubio Apellido Materno: Faura

2. ¿CUÁL ES EL SEXO?: Masculino Femenino Desconocido 3. ¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD?: 1. Dominicana Otra, especifique: Desconocida Código 111

4. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO?: 01/06/1960 5. ¿CUÁL ES LA EDAD CUMPLIDA?: 999 Edad Desconocida
Si es mayor de 1 año, edad en 60 años Si es menor de un año, edad en 11 meses
Si es menor de 1 mes, edad en 11 días Si es menor de un día, edad en 11 horas
Si es menor de 1 mes o de un día favor colocar No. Folio certificado de nacido vivo 11/11/11

6. ¿CUÁL ES EL ESTADO CONYUGAL?: (Marque con X una sola respuesta)
1. Casado (a) Unión Libre 3. Viudo (a) 4. Divorciado (a) 5. Separado (a) 6. Soltero (a) 9. Desconocido

7. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD?: (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta)
1. Ninguno 2. Primario (1-3 curso) 3. Primario (4-7 curso) 4. Primaria completa (terminó el 8 curso) 9. Se ignora
5. Secundario incompleto (1° a 3° bachillerato) 6. Secundario completo (bachiller) 7. Estudios universitarios

8. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL?: 1111111111 8.1 ARS: 1111111111 Se ignora

9. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN HABITUAL? especifique: Comercio Se ignora No aplica

10. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN HABITUAL? Anote la dirección del domicilio de la fallecido (a).
10.1. Provincia: Sainto Domingo 10.2. Municipio: San Antonio 10.3. Distrito Municipal: 111
10.4. Sección: 111 10.5. Barrio / Paraje: Urb. Los Cedros 10.6. Calle y Número: 9 Hermanos Arce #3 10.7. Teléfono: 1111111111

11. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos de la Madre? 12. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Padre? 13. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Cónyuge?

14. SI LA PERSONA FALLECIDA ES UNA MUJER DE 10-49 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE:
1. El Embarazo 2. El Parto 3. Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto) 4. Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto
5. No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte 9. Ignorado

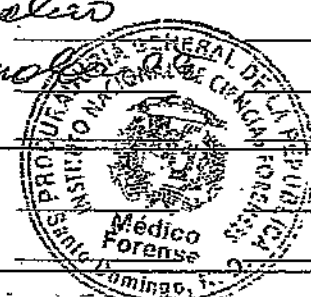
DATOS DE LA DEFUNCIÓN

15. FECHA DE DEFUNCIÓN: 11/17/22 15.1. HORA DE DEFUNCIÓN: 06:00 P.M. P.M.
16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN?
1. Centro de Salud Público 2. Centro de Salud Privado 3. Casa
4. Vía Pública 5. Otro
16.1. Nombre del Centro de Salud: 1111111111 Código 1111111111

17. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL LUGAR DÓNDE OCURRIÓ LA MUERTE?
17.1. Provincia: 111 17.2. Municipio: San Antonio 17.3. Distrito Municipal: 111
17.4. Sección: 111 17.5. Barrio / Paraje: San Antonio 17.6. Calle y Número: Carretera Hato Nuevo 17.7. Teléfono: 1111111111

18. CAUSA DE DEFUNCIÓN:
I. Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente:
A. Infarto cerebral debido a lo como consecuencia de 19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE-10: I10
B. Arritmia ventricular paroxismica debido a lo como consecuencia de 19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE-10: I48
C. Insuficiencia cardíaca congestiva debido a lo como consecuencia de 19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE-10: I50
D. de rancura
II. Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte. Pero no relacionada con la enfermedad o condición morbosa que la produjo

18.1. Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte: 1111111111 Código CIE (llenado por el codificador)



19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE-10: I10

20. ¿EL FALLECIDO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?: Sí No Se ignora

21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA O AUTOPSIA?: Sí No Se ignora

22. ¿CUÁL FUE EL TIPO DE MUERTE? (Marque con X una sola respuesta)
1. Accidente de trabajo Accidente de tránsito 3. Otro tipo de accidente 4. Homicidio 5. Suicidio 6. No violenta 7. Indeterminado 9. Se ignora

22.1. Si es muerte violenta ¿Dónde ocurrió el hecho de violencia?:
0. Vivienda 1. Institución residencial 2a. Escuela 2b. Otras instituciones y áreas administrativas públicas 3. Área de deporte o atletismo
4. Calle o carretera 5. Área comercial de servicios 6. Área industrial o de la construcción 7. Finca, parcela 8. Otro 9. Se ignora

DATOS DEL INFORMANTE

23. Número de Cédula de Identidad del Informante: 001-11311031-9 Teléfono del Inf.: 1111111111
24. Nombre y Apellidos del Informante: Rosalba Rubio Faura 25. Parentesco con el fallecido (a): Esposa

DATOS DE LA CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE

26. ¿Quién certifica la muerte?: 1. Médico tratante 2. Médico legista 3. Otro médico 4. Otro, especifique: 10000

26.1. Certificada por médico anote: Número de exequiatur: 1111111111 26.2. Si la certificación no la realizó el médico tratante ¿Cómo determinó la causa de muerte?:
1. Necrosis o Autopsia 2. Reconocimiento del cadáver Interrogatorio a familiares y/o testigos

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS



Form. No. 815
Aprobado por el
Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: *Servicios Turísticos Vignatura IRL*

Dirección: *Km 22 Av. Duarte*

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	<i>Ahaud cuadrado simple</i>		<i>\$8,500.00</i>	<i>\$8,500.00</i>
1	<i>Transporte desde el progreso al Km 24.</i>		<i>\$2,000.00</i>	<i>\$2,000.00</i>
			<i>TOTAL: \$10,500.00</i>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
 La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
 Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
 RNC: 1-32-549295

FACTURA

Cliente:	Junta municipal La Guayiga	NCF: B1500000045 fecha: 20/11/2022
RNC:	4-30-04466-2	
DIRECCION:	km 22 autopista duarte La Guayiga	
fecha solicitud	20/11/2022	
Solicitante	Popi	
Factura	161	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8,500.00	\$ 8,500.00
1	transporte deesde el progreso al km 24.	\$ 2,000.00	\$ 2,000.00
1			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$10,500.00
ITBIS			
Total RD\$			\$10,500.00



Recibido por:

1/2/23

Antes de llenar el certificado de defunción, lea las instrucciones del reverso y luego llénelo utilizando letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FALLECIDO (Si es un recién nacido, anote "Nombre(s)" las palabras Recién nacido.)

1. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE?: _____ Cédula Se ignora

1.1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A): Se ignora

Primer Nombre: Yusleidy Segundo Nombre: Michel Apellido Paterno: Bautista Apellido Materno: Fañan

2. ¿CUÁL ES EL SEXO?: Masculino Femenino Desconocido

3. ¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD?: Otra, especifique: _____ Dominicana Desconocida Código: _____

4. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO?: 29 08 2022

5. ¿CUÁL ES LA EDAD CUMPLIDA?: 999 Edad Desconocida

Si es mayor de 1 año, edad en _____ años Si es menor de un año, edad en 02 meses

Si es menor de 1 mes, edad en _____ días Si es menor de un día, edad en _____ horas

Si es menor de 1 mes o de un día favor colocar No. Folio certificado de nacido vivo _____

6. ¿CUÁL ES EL ESTADO CONYUGAL?: (Marque con X una sola respuesta)

Casado (a) Unión Libre Viudo (a) Divorciado (a) Separado (a) Soltero (a) Desconocido

7. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD?: (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta)

Ninguno Primario (1-3 curso) Primario (4-7 curso) Primaria completa (terminó el 8 curso) Secundario incompleto (1° a 3° bachillerato) Secundario completo (bachiller) Estudios universitarios Se ignora

8. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL?: _____ 8.1 ARS: _____ Se ignora

9. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN HABITUAL? especifique: _____ Se ignora No aplica

10. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN HABITUAL? Anote la dirección del domicilio de el (la) fallecido (a).

10.1. Provincia: sto dgo Este 10.2. Municipio: Pedro Bond 10.3. Distrito Municipal: _____

10.4. Sección: _____ 10.5. Barrio / Paraje: La Galliga

10.6. Calle y Número: El Progreso # 7 10.7. Teléfono: _____

11. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos de la Madre? Alba Yeneri Fañan

12. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Padre? Santo Gregorio Bautista

13. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Cónyuge? _____

14. SI LA PERSONA FALLECIDA ES UNA MUJER DE 10-49 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE:

El Embarazo El Parto Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto) Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto

No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte Ignorado

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

15. FECHA DE DEFUNCIÓN: 29 11 2022 15.1. HORA DE DEFUNCIÓN: 08:40

16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN?

Centro de Salud Público Centro de Salud Privado Casa

Vía Pública Otro

16.1. Nombre del Centro de Salud: Rodolfo de la Cruz Código: _____

17. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL LUGAR DÓNDE OCURRIÓ LA MUERTE?

17.1. Provincia: sto dgo Este 17.2. Municipio: Pedro Bond 17.3. Distrito Municipal: _____

17.4. Sección: _____ 17.5. Barrio / Paraje: _____

17.6. Calle y Número: Los Carros 17.7. Teléfono: 809-559-8600

18. CAUSA DE DEFUNCIÓN:

I. Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente:

A. CTD debido a (o como consecuencia de)

B. Shock séptico debido a (o como consecuencia de)

C. psps debido a (o como consecuencia de)

D. Bronquiolitis debido a (o como consecuencia de)

II. Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte. Pero no relacionada con la enfermedad o condición morbosa que la produjo

18.1. Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte _____ Código CIE (llenado por el codificador)

19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE: _____

20. ¿EL FALLECIDO REGIÓ ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?: Sí No Se ignora

21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA O AUTOPSIA?: Sí No Se ignora

22. ¿CUÁL FUÉ EL TIPO DE MUERTE?: (Marque con X una sola respuesta)

Accidente de trabajo Accidente de tránsito Otro tipo de accidente Homicidio Suicidio No violenta Indeterminado Se ignora

22.1. Si es muerte violenta ¿Dónde ocurrió el hecho de violencia?:

Vivienda Institución residencial Escuela Otras instituciones y áreas administrativas públicas Área de deporte o atletismo

Calle o carretera Área comercial de servicios Área industrial o de la construcción Finca, parcela Otro Se ignora

DATOS DEL INFORMANTE

23. Número de Cédula de Identidad del Informante: 01013-0111163118-41 Teléfono del Inf.: 829-816-0229

24. Nombre y Apellidos del Informante: Santo Gregorio Bautista 25. Parentesco con el fallecido (a): _____

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4342

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Servicios Tumbados Ventura, IRL

Dirección: Bm 22 Av. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Alaud cuadrado simple		\$ 8,500.00	\$ 8,500.00
			TOTAL: \$ 8,500.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Sindico Municipal
Sarah J. Gonzalez

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
RNC: 1-32-549295

FACTURA

Cliente: Ayuntamiento de La Guayiga RNC: 4-30-04466-2 DIRECCION: La Guayiga Solicitante: flow Factura: 156	NCF: B1500000028 fecha: 27/10/2022
---	---

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8.500,00	\$ 8.500,00
			\$ -
			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$8.500,00
ITBIS			
Total US\$			\$8.500,00



Antes de llenar el certificado de defunción, lea las instrucciones del reverso y luego llénelo utilizando letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FALLECIDO (Si es un recién nacido, anote "Nombre(s)" las palabras Recién nacido.)

1. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE?: 11-1111111111 Se ignora
(Solo en mayores de 15 años)

1.1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A): BL480E23 Se ignora
Primer Nombre: Yuliana Segundo Nombre: LOUIS Apellido Paterno: LOUIS Apellido Materno:

2. ¿CUÁL ES EL SEXO?: Masculino Femenino Desconocido

3. ¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD?: Dominicana Otra, especifique: Haití Desconocida Código 111

4. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO?: 20-09-1994
Día Mes Año

5. ¿CUÁL ES LA EDAD CUMPLIDA?: 28 años Edad Desconocida
Si es mayor de 1 año, edad en 28 años Si es menor de un año, edad en 11 meses
Si es menor de 1 mes, edad en 11 días Si es menor de un día, edad en 11 horas
Si es menor de 1 mes o de un día favor colocar No. Folio certificado de nacido vivo Matern

6. ¿CUÁL ES EL ESTADO CONYUGAL?: (Marque con X una sola respuesta)
 Casado (a) Unión Libre Viudo (a) Divorciado (a) Separado (a) Soltero (a) Desconocido

7. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD?: (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta)
 Ninguno Primario (1-3 curso) Primario (4-7 curso) Primaria completa (terminó el 8 curso) Secundario incompleto (1° a 3° bachillerato) Secundario completo (bachiller) Estudios universitarios Se ignora

8. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL?: 1111111111 8.1 ARS: Se ignora

9. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN HABITUAL? especifique: Comerciante Se ignora No aplica

10. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN HABITUAL? Anote la dirección del domicilio de el (la) fallecido (a).
10.1. Provincia: SDO 10.2. Municipio: Pedro Barré 10.3. Distrito Municipal:
10.4. Sección: 10.5. Barrio/Paraje:
10.6. Calle y Número: KM 20 Autopista Duarte 10.7. Teléfono:

11. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos de la Madre? Elvira Michelle 12. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Padre? Mosa Louis 13. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Cónyuge?

14. SI LA PERSONA FALLECIDA ES UNA MUJER DE 10-49 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE:
 El Embarazo El Parto Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto) Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto
 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte Ignorado

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

15. FECHA DE DEFUNCIÓN: 08-11-2020 15.1. HORA DE DEFUNCIÓN: 07:30 P.M. P.M.
Día Mes Año Horas Minutos

16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN?
 Centro de Salud Público Centro de Salud Privado Casa
 Vía Pública Otro
16.1. Nombre del Centro de Salud: H. Venicio Cal Código 11111

17. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL LUGAR DÓNDE OCURRIÓ LA MUERTE?
17.1. Provincia: SDO 17.2. Municipio: Lo Alc 17.3. Distrito Municipal:
17.4. Sección: 17.5. Barrio/Paraje:
17.6. Calle y Número: Carretera Hato Nuevo #45 17.7. Teléfono:

18. CAUSA DE DEFUNCIÓN:
I. Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente:
Causas, antecedentes, estados morbosos, si estuviera alguno, que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica
A. Inasistencia Respiratoria debido a (o como consecuencia de)
B. Síndrome Sístole Respiratoria debido a (o como consecuencia de)
C. Neumonia debido a (o como consecuencia de)
D.
II. Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte. Pero no relacionada con la enfermedad o condición morbosa que la produjo

18.1. Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte (llenado por el codificador) Código CIE



19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE 11111

20. ¿EL FALLECIDO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?: Sí No Se ignora

21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA O AUTOPSIA?: Sí No Se ignora

22. ¿CUÁL FUE EL TIPO DE MUERTE?: (Marque con X una sola respuesta)
 Accidente de trabajo Accidente de tránsito Otro tipo de accidente Homicidio Suicidio No violenta Indeterminado Se ignora

22.1. Si es muerte violenta ¿Dónde ocurrió el hecho de violencia?:
0. Vivienda 1. Institución residencial 2a. Escuela 2b. Otras instituciones y áreas administrativas públicas 3. Área de deporte o atletismo
4. Calle o carretera 5. Área comercial de servicios 6. Área industrial o de la construcción 7. Finca, parcela 8. Otro 9. Se ignora

DATOS DEL INFORMANTE

23. Número de Cédula de Identidad del Informante: 11-1111111111 Teléfono del Inf.:

24. Nombre y Apellidos del Informante: 25. Parentesco con el fallecido (a):

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA 4343
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

ORDEN DE COMPRAS

Al: Servicios Tumbados Venturosa, IRL
 Dirección: Rm 77 Ad. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Alond cuadrado simple		\$8,500.00	8,500.00
			TOTAL: \$8,500.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal
Sarah González

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
RNC: 1-32-549295

FACTURA

Cliente:	Junta municipal La Guayiga	NCF: B1500000046
RNC:	4-30-04466-2	fecha: 01/01/2023
DIRECCION:	km 22 autopista duarte La Guayiga	
fecha solicitud	28/12/2022	
Solicitante	presidenta junta de vecino del predegal	
Factura	162	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8,500.00	\$ 8,500.00
			\$ -
			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$8,500.00
ITBIS			
Total RD\$			\$8,500.00





DECLARACION DE DEFUNCION HECHA ANTE EL ALCALDE PEDANEO

En el Distrito Municipal de La Guáyiga Municipio Pedro Brand, Provincia Santo Domingo, en el sector de Yaguajay a los 28 días del mes de Diciembre del año 2022, me ha declarado el Señor (a) Katiana Paola Alvarado Robles, Cédula de Identidad y Electoral No. 274-0022465-9, domiciliado(a) y residente en la Calle B No. 30 Barrio Peduncul Municipio La Guayiga Provincia Santo Domingo Oeste parentesco Nieto Que falleció el Señor(a) Sandalio De Jesus Robles, Cédula de Identidad y Electoral No. 052-0009038-8 día 28 del mes de Diciembre a las 12:00 PM horas del (la) Mediodía, a causa de Vejez

TAMBIEN SE HA OBTENIDO PARA FINES ESTADISTICO LOS DATOS SIGUIENTES DEL FALLECIDO(A)

Que es de Nacionalidad Dominicana nacido(a) el día 19 del mes de Febrero del año 1930 de profesión Agricultor de color M. Que profesaba la religión Católica domiciliada en a calle B No. 30 Barrio Peduncul Distrito Municipal de La Guáyiga, de estado Público con el Señor(a) Sandalio Robles Cédula de Identidad y Electoral No. 052-0009038-8 siendo sus padres Señor _____ Cédula de Identidad y Electoral No. _____ Nacionalidad _____ y Señora _____ Cédula de Identidad y Electoral No. _____ Nacionalidad _____

Peduncul
 Alcalde Pedáneo

Esta declaración debe ser enviada a la Oficialía del Estado Civil, dentro de los diez (10) días de haberla recibido para conocimiento y cumplimiento del Alcalde Pedáneo se copian a continuación los siguientes párrafos del artículo 72 de la Ley

No. 659, sobre Actos del Estado Civil. Art. 7. No podrá darle sepultura a ningún cadáver, sin que se haga la declaración al oficial del Estado Civil, el cual deberá, en los casos que se conviva alguna duda, transportarse a la morada del difunto para cercionarse del hecho.

Cuando la defunción ocurra fuera de las zonas urbanas y el enterramiento del cadáver vaya a ser efectuado en un cementerio rural, la declaración podrá ser hecha ante el Alcalde Pedáneo, el cual deberá, en los casos en que conciba, transportarse a la morada del difunto para cercionarse del hecho.

Este funcionario deberá comunicar las declaraciones de defunciones que reciba, dentro de diez (10) días de haberla recibido, al oficial del Estado Civil correspondiente, para que este las inscriba en sus registros.

El Alcalde Pedáneo que dejare de cumplir esta obligación, será castigado con las penas establecidas en el art. 44 de esta Ley, y en caso de reincidencia, con las mismas penas y separación del cargo.



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Sociedad Funeraria Ventura, SRL
 Dirección: Km 27 Aut. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Ataud cuadrado simple		\$8,500.00	\$8,500.00
			TOTAL: <u>\$8,500.00</u>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sara J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
 La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
 Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
 RNC: 1-32-549295

FACTURA

Ciente:	Junta municipal La Guayiga	NCF: B1500000048 fecha: 01/01/2023
RNC:	4-30-04466-2	
DIRECCION:	km 22 autopista duarte La Guayiga	
fecha solicitud	1/1/2023	
Solicitante	maximo Disla	
Factura	163	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8,500.00	\$ 8,500.00
			\$ -
			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$8,500.00
ITBIS			
Total RD\$			\$8,500.00



Antes de llenar el certificado de defunción, lea las instrucciones del reverso y luego llénalo utilizando letra de molde, clara y legible. No use abreviaturas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FALLECIDO (Si es un recién nacido, anote "Nombre(s)" las palabras recién nacido.)		
1. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE CEDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE? <u>1111111111</u> <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora		
1.1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A): <input type="checkbox"/> Se ignora		
Primer Nombre: <u>Toma</u>	Segundo Nombre:	Apellido Paterno: <u>Rodríguez</u> Apellido Materno: <u>Lozano</u>
2. ¿CUÁL ES EL SEXO? 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input checked="" type="checkbox"/> Femenino 9. <input type="checkbox"/> Desconocido		
3. ¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD? 1. <input checked="" type="checkbox"/> Dominicana 9. <input type="checkbox"/> Desconocida Código: <u>1111</u>		
4. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO? <u>11/11/11</u>		
5. ¿CUÁL ES LA EDAD CUMPLIDA? <u>65</u> años <input type="checkbox"/> Edad Desconocida		
6. ¿CUÁL ES EL ESTADO CONYUGAL? (Marque con X una sola respuesta) 1. <input type="checkbox"/> Casado (a) 2. <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre 3. <input type="checkbox"/> Viudo (a) 4. <input type="checkbox"/> Divorciado (a) 5. <input type="checkbox"/> Separado (a) 6. <input type="checkbox"/> Soltero (a) 9. <input type="checkbox"/> Desconocido		
7. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD? (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta) 1. <input type="checkbox"/> Ninguna 2. <input type="checkbox"/> Primario (1-3 curso) 3. <input checked="" type="checkbox"/> Primario (4-7 curso) 4. <input type="checkbox"/> Primaria completa (terminó el 8 curso) 5. <input type="checkbox"/> Secundario incompleto (1º a 3º bachillerato) 6. <input type="checkbox"/> Secundario completo (bachiller) 7. <input type="checkbox"/> Estudios universitarios 9. <input type="checkbox"/> Se ignora		
8. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL? <u>1111111111</u> 8.1 ARS: <u>1111</u> <input checked="" type="checkbox"/> Se ignora		
9. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN HABITUAL? especifique: <u>ama de casa</u> <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> No aplica		
10. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN HABITUAL? Anote la dirección del domicilio de el (la) fallecido (a).		
10.1. Provincia: <u>Sto Dom Oeste</u>	10.2. Municipio: <u>1111</u>	10.3. Distrito Municipal: <u>1111</u>
10.4. Sección: <u>La Guayigüa</u>	10.5. Barrio/ Paraje: <u>Km 22</u>	
10.6. Calle y Número: <u>Carretera # 23</u>	10.7. Teléfono: <u>1111</u>	
11. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos de la Madre? <u>Maria E. Rodríguez</u>	12. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Padre? <u>Cantano Lopez Mercado</u>	13. ¿Cuál es el Nombre y Apellidos del Cónyuge?
14. SI LA PERSONA FALLECIDA ES UNA MUJER DE 10-49 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: 1. <input type="checkbox"/> El Embarazo 2. <input checked="" type="checkbox"/> El Parto 3. <input type="checkbox"/> Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto) 4. <input type="checkbox"/> Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto 5. <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte 9. <input type="checkbox"/> Ignorado		
DATOS DE LA DEFUNCIÓN		
15. FECHA DE DEFUNCIÓN: <u>01/01/2023</u> 15.1. HORA DE DEFUNCIÓN: <u>017:15</u> <input type="checkbox"/> AM <input checked="" type="checkbox"/> PM		
16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN? 1. <input checked="" type="checkbox"/> Centro de Salud Público 2. <input type="checkbox"/> Centro de Salud Privado 3. <input type="checkbox"/> Casa 4. <input type="checkbox"/> Via Pública 5. <input type="checkbox"/> Otro 16.1. Nombre del Centro de Salud: <u>Hospital Rodolfo de la Cruz</u> Código: <u>1111</u>		
17. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL LUGAR DÓNDE OCURRIÓ LA MUERTE?		
17.1. Provincia: <u>Sto Dom Oeste</u>	17.2. Municipio: <u>1111</u>	17.3. Distrito Municipal: <u>1111</u>
17.4. Sección: <u>Km 22</u>	17.5. Barrio / Paraje:	
17.6. Calle y Número:	17.7. Teléfono:	
18. CAUSA DE DEFUNCIÓN:		18.1. Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte. Código CIE: <u>1111</u> (llenado por el codificador)
A. <u>Muerte Súbita</u> debido a (o como consecuencia de) <u>MI</u>		
B. <u>MI</u> debido a (o como consecuencia de) <u>MI</u>		
C. <u>MI</u> debido a (o como consecuencia de) <u>MI</u>		
D. <u>MI</u> debido a (o como consecuencia de) <u>MI</u>		
18.2. Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte. Pero no relacionada con la enfermedad o condición morbosa que la produjo		
19. Causa básica de defunción (llenado por el codificador) Código CIE: <u>1111</u>		
20. ¿EL FALLECIDO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? 1. <input checked="" type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No 9. <input type="checkbox"/> Se ignora		21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA O AUTOPSIA? 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input checked="" type="checkbox"/> No 9. <input type="checkbox"/> Se ignora
22. ¿CUÁL FUE EL TIPO DE MUERTE? (Marque con X una sola respuesta) 1. <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo 2. <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito 3. <input type="checkbox"/> Otro tipo de accidente 4. <input type="checkbox"/> Homicidio 5. <input type="checkbox"/> Suicidio 6. <input checked="" type="checkbox"/> No violenta 7. <input type="checkbox"/> Indeterminado 9. <input type="checkbox"/> Se ignora		
22.1. Si es muerte violenta ¿Dónde ocurrió el hecho de violencia? 0. <input type="checkbox"/> Vivienda 1. <input type="checkbox"/> Institución residencial 2. <input type="checkbox"/> Escuela 2b. <input type="checkbox"/> Otras instituciones y áreas administrativas públicas 3. <input type="checkbox"/> Área de deporte o atletismo 4. <input type="checkbox"/> Calle o carretera 5. <input type="checkbox"/> Área comercial de servicios 6. <input type="checkbox"/> Área industrial o de la construcción 7. <input type="checkbox"/> Finca, parcela 8. <input type="checkbox"/> Otro 9. <input type="checkbox"/> Se ignora		
DATOS DEL INFORMANTE		
23. Número de Cédula de Identidad del Informante: <u>0152-01011949371</u> Teléfono del Inf.: <u>829-419-0234</u>		
24. Nombre y Apellidos del Informante: <u>Rafaelo Lozano</u> 25. Parentesco con el fallecido (a): <u>hermano</u>		

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4345

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
 RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Servicios Tumbres Ventura, S.R.L.
 Dirección: Km 77 Aut. Puerto

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Alaud cuadrado simple		88,500.00	88,500.00
			TOTAL: 88,500.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Sindico Municipal
Soroch J. Gonzalez

Presidente del Ayuntamiento

SERVICIOS FUNEBRES VENTURA IRL

Km 22 Aut. Duarte Vieja #2
 La Guayiga, Santo Domingo Oeste, Rep. Dom.
 Tel: (809)332-5012, (809)994-2680
 RNC: 1-32-549295

FACTURA

Cliente:	Junta municipal La Guayiga	NCF: B1500000048
RNC:	4-30-04466-2	fecha: 012/01/2023
DIRECCION:	km 22 autopista duarte La Guayiga	
fecha solicitud:	12/1/2023	
Solicitante:	Brigida.	
Factura:	164	

Cant	Detalle	Precio U/D	Total
1	Ataud cuadrado simple	\$ 8,500.00	\$ 8,500.00
1			\$ -
1			\$ -
			\$ -
Subtotal			\$8,500.00
ITBIS			
Total RD\$			\$8,500.00



Entregado por:



Recibido por:

12/23



No. 58768

Acta de Levantamiento de Cadáver

Hoy día 12 mes 11 Año 2011 siendo las 11 fui llamado por comisario 711
 Para avisarme que en carretera fue encontrado un cadáver. El suscrito, Médico Legista Forense
 Dr. Alfonso Exequatur #, 97321 del Distrito Judicial de Caracas
 acompañado del chofer ... certifico y doy fe de haberme trasladado a ...
 y participado en la inspección del cadáver y la escena cuyos datos se indican a continuación:

DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: Alfonso... Edad: 34 Sexo M F Cédula No. _____
 Nacionalidad _____ Estado Civil _____ Ocupación Médico Dirección _____
 Identificado por _____ Parentesco _____ Cédula No. _____
 Dirección _____ Teléfono _____ Recibió atención médica SI NO ¿Dónde y cuándo
 fue visto con vida por última vez? _____

DESCRIPCIÓN DEL CADÁVER:

Estatura 1.70 Peso aproximado 70 Vestimenta camisa y pantalón
 Pertenencias _____
 Color de la piel _____ Color de los ojos castaños Barba y bigote _____
 Cicatrices o señales particulares _____

DESCRIPCIÓN DE LA ESCENA

Ubicación geográfica, posición del cadáver y condiciones ambientales del área Carretera...

Si se encontró evidencia de que el cadáver ha sido movilizado o registrado previo a su llegada al lugar, explique con detalles

VERSIÓN DEL HECHO:

...

Describir evidencias recuperadas

Lesiones externas del cadáver (Descripción y ubicación topográfica)

...

Posible elemento causal de la muerte

TANATOCRONO DIAGNOSTICO (Tiempo de muerte)

Parámetros Cadavéricos: Livideces Rigidez Período Cromático Enfisematoso Cólquativo

Hoy día 12 mes 11 Año 2012 siendo las 11:00 fui llamado por Carolina Heredia
 Para avisarme que en Barrio de los Hornos fue encontrado un cadáver. El suscrito Médico Legista Forense
 Dr. Pablo Exequiatur # 973-71 del Distrito Judicial de San Juan
 acompañado del chofer ... certifico y doy fe de haberme trasladado a ...
 y participado en la inspección del cadáver y la escena cuyos datos se indican a continuación:

DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: ... Edad: 34 Sexo M F Cédula No. _____
 Nacionalidad _____ Estado Civil _____ Ocupación M. C. ... Dirección _____
 Identificado por _____ Parentesco _____ Cédula No. _____
 Dirección _____ Teléfono _____ Recibió atención médica SI NO ¿Dónde y cuándo
 fue visto con vida por última vez? _____

Estatura 1.70 Peso aproximado 70 Vestimenta Camisa y pantalón
 Pertenencias _____
 Color de la piel ... Color de los ojos ... Barba y bigote _____
 Cicatrices o señales particulares _____

DESCRIPCIÓN DEL LA ESCENA

Ubicación geográfica, posición del cadáver y condiciones ambientales del área: ...
 Si se encontró evidencia de que el cadáver ha sido movilizado o registrado previo a su llegada al lugar, explique con detalles

VERSIÓN DEL HECHO: ...

Describir evidencias recuperadas _____
 Lesiones externas del cadáver (Descripción y ubicación topográfica) ...

Posible elemento causal de la muerte Hipoxia cerebral por asfixia mecánica

TANATOCRONO DIAGNOSTICO (Tiempo de muerte)

Fenómenos Cadavéricos: Livideces Rigidez Período Cromático Enfisematoso Coligativo
 Reducción Esquelética Describir: _____

El tiempo aproximado de muerte es de: _____ Fotos SI NO

PROBABLE CAUSA DE MUERTE _____
OPINION DE LA MANERA DE MUERTE: Homicidio Suicidio Accidental Natural Indeterminada
 Se recomienda Autopsia SI NO Certificado de Defunción Folio _____ Numero _____

De ser necesario, lo anterior deberá confirmarse en la Autopsia

Concluido el objeto de la presente diligencia, se da por terminada la evaluación siendo las 12:40 pm del día 12/11/2012
 Además del suscrito Médico Legista Forense, este acto es firmado por el Procurador Fiscal y el Oficial Policial Actuante,
 Nota ...

P. H.

Il. Senio me...



Form. No. 815
Aprobado por el
Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
Comprobante No. _____
Orden de Compra No. _____

Al: Super Farmacia Rosales SRL
Dirección: Km 22 Aut. Duarte

04/02/2023

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
70	Valparin	unid	\$67.00	\$4,690.00
70	Levofloxacifam 750	unid	\$45.00	\$3,150.00
			TOTAL: \$2,240.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Super Farmacia Rosalia SA 06/02/2023
 Dirección: Km 22 Av. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Acidulosa lbe. 200	lca	\$550.00	\$550.00
1	Colofin unguento	Tubo	\$995.00	\$995.00
			TOTAL:	\$1,545.00

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

H
DE LA CRUZ LORA

Exámen Pene Femenino

facturas
no d.o 3 cod 3 ves
adse p 1909

II

Coloqui veni
no recto cliza
no aplico



Dra. Dominga Bosis Perale
Gastroenterología
Educa
Exeq 51901 / Cmo 15520

NOMBRE DEL MÉDICO
VALIDAD:

SELO DEL MÉDICO
perale

FECHA
17/1/2023



TAB Prox. Ventana

SUPER FARMACIA ROSALIE, SRL

1 CAJA 1 / YA YAHAIRA FACTURADORA 06/02/2023

Ncf N NO APLICA Sub-Ttl: 1,545.00

03 FRESOLI Control Descto :

Itbis : .00

Recargo:

Flete :

TOTAL : 1,545.00

Au: Vu

EFE EFECTIVO

A1	Rnc	ABREVIADA	CANT	UNID	PRECIO	I	DESCTO
01		LACTULOSA JBE. 200	1	FCO.	550.00		
01		COLOFIN UNGUENTO -	1	TUBO	995.00		

N UNGUENTO -NORMAL- 40gs -GEFARCA- 3 de 3
 -6 Exist. 2 TUBO
 CA, GLOBAL ESPINOS GLOBAL
 e el codigo del producto. CTRL-z para lista.
 (Nuevo Documento) (Eliminado)

Buscar



DELL



República Dominicana

JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA

4349

PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

Form. No. 815
Aprobado por el
Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Comercio K22 07/02/2023

Dirección: 1km 22 Av. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	315-80-A2.15 Para 7-05		89,500.00	89,500.00
			TOTAL	89,500.00

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Sindico Municipal
Sarah J. Gonzalez

Presidente del Ayuntamiento



GOMAS NUEVAS Y USADAS • LUBRICANTES

Km.22, Aut. Duarte, No.4, La Guayiga, Sto. Dgo. R.D.

Tel.: 829-435-2222 • 849-855-7476



No. 4718

FECHA		
DIA	MES	AÑO
7	2	23

Cliente: Justo M. La Guayiga

Dirección: _____

Tel.: _____

CANT.	DETALLE	PRECIO	VALOR
1	315-27445		950
	FOS		
		TOTAL RDS	950

Entregado por: _____

Recibido por: M. La Guayiga



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: *L. Che. Comas*

Dirección: *km 22 mil. P. Duarte*

09/02/2023

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
<i>1</i>	<i>Goma usada 15</i>		<i>39,000.00</i>	<i>39,000.00</i>
	<i>[Large scribble]</i>			
			<i>Total 39,000.00</i>	
			<i>Total 45,500.00</i>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Presidente del Ayuntamiento



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: *Super Farmacia Rosalia, SRL*
 Dirección: *Km 22 aut Duarte*

09/04/2023

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	<i>Ketoconazol Shampoo</i>	<i>Fco.</i>	<i>\$150.00</i>	<i>\$150.00</i>
1	<i>Beta-2 Crema 15 gm.</i>	<i>Tubo.</i>	<i>\$360.00</i>	<i>\$360.00</i>
10	<i>Cetorizinal IF 10mg</i>	<i>Unid.</i>	<i>\$10.00</i>	<i>\$100.00</i>
			<i>TOTAL: \$610.00</i>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

Receta

Fecha: 7/2/2023

Rx

Nombre: MARY ANABEL VALERA MARTINEZ

Medico: DRA. ANSIA DE LEON *EXQ. 439-91

- SHAMPOO KETOPLUS
Uso: SEMANAL. # 1.00
- BETA 2
Uso: 2 V/DIA. # 1.00
- CETIRIZINA ABRAVIA 10MG TAB
Uso: 1 TAB DIA V.O. # 10.00



A ROSALIE, SRL enu

A 1 / YA YAHAIRA PUNTO DE VENTA 08/02/2023 M

Ncf N NO APLICA Sub-Ttl: 610.00 S

ESOLI Control Descto : E

Itbis : .00 Ta

Recargo: .00 C

EFFECTIVO

Flete : Che

TOTAL : 610.00 M/C

Au: Ue

Rnc	Tar	ABREVIADA	CANT UNID	PRECIO	I	DESCTO
-----	-----	-----------	-----------	--------	---	--------

KETOCONAZOL SHAMPO 1 FCO. 150.00

BETA-2 CREMA 15grm 1 TUBO 360.00

CETIRIZINA IF 10mg 10 UNID 10.00

610.00

NA IF 10mg / 100 TAB

4 de 4

Exist 185 UNID

RMACOS S.A.

IBEROFARM.

61

el codigo del producto. CTRL-z para lista.

(Nuevo Documento)(Eliminado)



SUP. TELA-RUBIA IE, SRL
C/ VECIN. 1021, LA GUAYIRA KM 32, ALT. CAR
TEL. 829-7554 RUC. 130-95711-8

VENTA A CREDITO

DATA : CACA 1 FACT.: 8297
CARRERA: YANAIRA ALCANTÁ FECHA: 09/32/2023
VENDEDOR: FRESOLINA ACOSTA HORA: 10:38 pm

MIRTHA PEREZ *XCLA PCPY** / 0038
LA GUAYIRA
DIRECTORA MUNICIPAL LA GUAYIRA
0000000

LA GUAYIRA TEL : 829-7554
LIMITE: 10,000.00 DISP: -64,031.59

DESCRIPCION	UNID	LITROS	IMPORTE
BETA-2 CREMA 15gr TUBO			360.00
KETOCONAZOL SHAMP FGD.			150.00
LA GUAYIRA EF 100 LITROS			100.00
10 a 10.00			
TOTAL		610.00	

FIRMA

ANALISIS DE ANTIGUEDAD DE SALDOS

0 a 30 31 a 60 61 --> Balance

44,350.43 19,405.48 10,325.48 74,031.39

Toda cuenta no saldada 5 dias despues de
la fecha de vencimiento sera suspendida.



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4353

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Súria Farmacia Rosalva SRL 09/02/2022
 Dirección: Bm 72 Mul. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
2	Losartan de 100	bister		
2	Omeprazol	bister		
2	Amoxicilina de 50	bister		
2	Lucemina de 5	bister		

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah / Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

para Grabar, DEL para Can, TAB Prox. Ventana

MACIA ROSALIE, SRL **cm**

CAJA 1 / YA YAHAIRA PUNTO DE VENTA 08/02/2023 No Doc

Mcf N NO APLICA Sub-Ttl: 655.00 Status

FRESOLI Control Desccto : Efectivo

Irbis : .00 Tarjeta

Recargo: C x C

FE EFECTIVO Flete : Cheque

TOTAL : 655.00 N/C

Au:uelto

Al	Rnc	Tar	ABREVIADA	CANT UNID	PRECIO	DESCTO	VAL
01			BRONAL 5mg. /10	1 CAJA	225.00		225
01			OMEPRAZOL 40mg /10	10 UNID	20.00		200
01			UISINE ORIGINAL 15	1 FCO.	230.00		230

655.00

E ORIGINAL 15ML

Exist XXXXXXXXXX FCO

COMERCIAL CONSOL

655.00

te el codigo del producto. CTRL-z para lista.

(Nuevo Documento)(Eliminado)

DELL





**REPÚBLICA DOMINICANA
JUNTA CENTRAL ELECTORAL
CÉDULA DE IDENTIDAD Y ELECTORAL**

068-0029816-5



Juana Evarista Montilla de Jesús

LUGAR DE NACIMIENTO:

VILLA ALTAGRACIA

FECHA DE NACIMIENTO:

16 MAYO 1966

NACIONALIDAD: **REPUBLICA DOMINICANA**

SEXO: **F** SANGRE: ESTADO CIVIL: **SOLTERA**

OCUPACIÓN: **QUEHACERES DOMESTICOS**

FECHA DE EXPIRACIÓN:

16 MAYO 2024

**JUANA EVARISTA
MONTILLA DE JESUS**

Prescripción 5 mg

	4 - 4 - 0	pn 3 días
largo	4 - 0 - 0	pn 3 días
breve	2 - 0 - 0	pn 3 días

Suspende

^{II} Oxeprol. 40 mg
1 tableta x 14 días

^{III} Metheylcobal #6.
1 ampolla 1.000 microgramos

^{IV} VISINE - gotas, c/8h. apr.

D. Juan Cruz



PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO:

VALIDAD:

QUATUR:

[Signature]
 Cruz Lora
 Neurologo - Internista
 Ext. 432-01

SELLO DEL MÉDICO

FECHA

[Signature]

13-01-2023





Frm. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Alkon Supply Mart, SRL

Dirección: _____

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
15	caja agua Planeta azul		\$170.00	\$2550.00
1	paq. de sal molida		\$30.00	\$30.00
2	fundas de papel		\$35.00	\$70.00
10	lb. Hariz de palmitos		\$35.00	\$350.00
2	lb. Mantquilla Manicera		\$100.00	\$200.00
60	unid. Refrescos Red Rock Big Lager		\$65.00	\$3900.00
40	unid. comitos de frutas naurdenas		\$85.00	\$3400.00
2	unid. Plato Calas 19		\$75.00	\$150.00
6	unid. Vno la fuerza salón		\$525.00	\$3150.00
40	libro Brugal XV		\$650.00	\$26000.00
24	unid. S. d. Maiz		\$135.00	\$3240.00
70	fundas de hielo		\$70.00	\$4900.00
15	Paq. vaso catas #7		\$65.00	\$975.00
12	Paq. vaso Mofel #10		\$100.00	\$1200.00
3	Paq. servilleta domino		\$35.00	\$105.00
10	Paq. cucharas		\$30.00	\$300.00
3	caja. uvas Rojas 1 mod. do. da		\$250.00	\$750.00
4	caja manzana Roja naurdena		\$2900.00	\$11600.00

CUENTA A CARGARSE

TOTAL: 66470.00

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Presidente del Ayuntamiento

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.



ALHEN SUPPLY MAX, S.R.L.

TU MEJOR OPCION A LA HORA DE HACER TUS COMPRAS!

RNC: 1-3214010-9

No. Comprobante Gubernamental
En proceso

Fecha: 15/12/2022
Factura No. 987451
COPIA

FACTURA

Cliente: Junta Municipal La Guayiga

RNC: 430-04466-2

Teléfono: 809-331-4681

Dirección: Carret. Hato Nuevo, Km.22, Autopista Duarte

NOTA: Actividad Fiesta Navideña 2022 JMLG

No.	Unidad	Descripción	Precio	Total
1.	15	Caja Agua Planeta Azul	170.00	2,550.00
2.	1	Pote Sal Molida	30.00	30.00
3.	2	Fundas de Papel	35.00	70.00
4.	10	Lib. Maíz de Palomitas	35.00	350.00
5.	2	Lib. Mantequilla Manicera	100.00	200.00
6.	60	Unid. Refresco Red Rock Big Leager Doble Litro	65.00	3,900.00
7.	40	Unid. Gomas de Frutas Navideñas Frutina 240 G.	85.00	3,400.00
8.	2	Unid. Plato Catae #9	75.00	150.00
9.	6	Unid. Vino La Fuerza Galón	525.00	3,150.00
10.	40	Litro Brugal XV	650.00	26,000.00
11.	24	Unid. Sidra Mayu	135.00	3,240.00
12.	20	Fundas de Hielo	70.00	1,400.00
13.	15	Paq. Vaso Catae #7	65.00	975.00
14.	12	Paq. Vaso Moldi #10	100.00	1,200.00
15.	3	Paq. Servilleta Domino	135.00	405.00
16.	10	Paq. Cucharas	30.00	300.00
17.	3	Caja Uvas Rojas Importadas	2,500.00	7,500.00
18.	4	Caja Manzana Roja Navideña	2,900.00	11,600.00
			Sub-Total:	66,420.00
			ITBIS:	-
			Total Gral.:	66,420.00

Despachado por:

Recibido por:

Sarah J. Gonzalez

**ALHEN SUPPLY MAX, S.R.L.**

TU MEJOR OPCION A LA HORA DE HACER TUS COMPRAS!

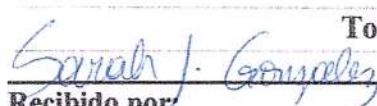
RNC: 1-3214010-9

Fecha: 15/12/2022

COTIZACIÓN

Cliente: Junta Municipal La GuayigaRNC: 430-04466-2Teléfono: 809-331-4681Dirección: Carret. Hato Nuevo, Km.22, Autopista Duarte

No.	Unidad	Descripción	Precio	Total
1.	15	Caja Agua Planeta Azul	170.00	2,550.00
2.	1	Pote Sal Molida	30.00	30.00
3.	2	Fundas de Papel	35.00	70.00
4.	10	Lib. Maíz de Palomitas	35.00	350.00
5.	2	Lib. Mantequilla Manicera	100.00	200.00
6.	60	Unid. Refresco Red Rock Big Leager Doble Litro	65.00	3,900.00
7.	40	Unid. Gomas de Frutas Navideñas Frutina 240 G.	85.00	3,400.00
8.	2	Unid. Plato Catae #9	75.00	150.00
9.	6	Unid. Vino La Fuerza Galón	525.00	3,150.00
10.	40	Litro Brugal XV	650.00	26,000.00
11.	24	Unid. Sidra Mayu	135.00	3,240.00
12.	20	Fundas de Hielo	70.00	1,400.00
13.	15	Paq. Vaso Catae #7	65.00	975.00
14.	12	Paq. Vaso Moldi #10	100.00	1,200.00
15.	3	Paq. Servilleta Domino	135.00	405.00
16.	10	Paq. Cucharas	30.00	300.00
17.	3	Caja Uvas Rojas Importadas	2,500.00	7,500.00
18.	4	Caja Manzana Roja Navideña	2,900.00	11,600.00
			Sub-Total:	66,420.00
			ITBIS:	-
			Total Gral.:	66,420.00

Despachado por: Recibido por: 



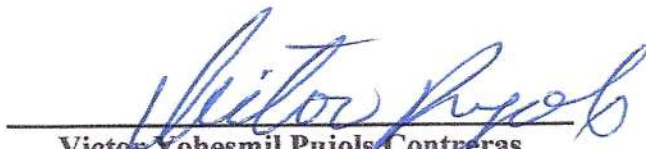
Tienda La Guayiga, Km.22, Aut. Duarte Vieja, No.36
Tel.: (809) 331-4013, WhatsApp: 829-256-4003
RNC: 132-34103-1

15/12/2022

COTIZACION

CLIENTE: JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
DIRECCION: CALLE HATO NUEVO, NO.37, LOS COQUITOS
TELÉFONO: 809-331-4434

No.	Unidad	Descripción	Precio	Total
1.	15	Caja Agua Planeta Azul	175.00	2,625.00
2.	1	Pote Sal Molida	30.00	30.00
3.	2	Fundas de Papel	35.00	70.00
4.	10	Lib. Maíz de Palomitas	35.00	350.00
5.	2	Lib. Mantequilla Manicera	100.00	200.00
6.	60	Unid. Refresco Red Rock Big Leager Doble Litro	75.00	4,500.00
7.	40	Unid. Gomas de Frutas Navideñas Frutina 240 G.	90.00	3,600.00
8.	2	Unid. Plato Catae #9	75.00	150.00
9.	6	Unid. Vino La Fuerza Galón	525.00	3,150.00
10.	40	Litro Brugal XV	670.00	26,800.00
11.	24	Unid. Sidra Mayu	135.00	3,240.00
12.	20	Fundas de Hielo	70.00	1,400.00
13.	15	Paq. Vaso Catae #7	65.00	975.00
14.	12	Paq. Vaso Moldi #10	100.00	1,200.00
15.	3	Paq. Servilleta Domino	135.00	405.00
16.	10	Paq. Cucharas	30.00	300.00
17.	3	Caja Uvas Rojas Importadas	2,600.00	7,800.00
18.	4	Caja Manzana Roja Navideña	3,000.00	12,000.00
			Sub-Total:	68,795.00
			ITBIS:	-
			Total Gral.:	68,795.00


Victor Yohesmil Pujols Contreras
Cédula: 228-0004600-9
Propietario







Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Equipe Graphic, SRL
 Dirección: C/ Arzobispo Alonso #455, zona colonial, Sto Dgo, R.D.
 Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Banner 10 x 10 pies navidadel		\$10,000.00	\$10,000.00
			Sub Total: 10,000.00	
			ITBIS: 1,800.00	
			<u>Total: \$11,800.00</u>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal
Sarah J. Genydy

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



Of. Análisis e Intervención #100. 2018. 0010101

Sto. Dgo., R. D. • Teléfono: 685-5541

COMPROBANTE FISCAL ESPECIAL GUBERNAMENTAL

NCF: B150000 0300

Vencimiento 31.12.2023

CONDICIONES DE PAGO

EFFECTIVO CHEQUE
TRANSFERENCIA

FECHA: 19 DE DICIEMBRE DEL 2022

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CLIENTE: JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA

RNC / CEDULA CLIENTE: 430044662

ORDEN #

Tel.:

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	BANNER 10 X 10 PIES NAVIDAD		10,000.00



Total Gravado	10,000.00
ITBIS	1,800.00
Total a pagar	11,800.00

ENTREGADO POR

RECIBIDO POR

ORIGINAL: CLIENTE
COPIA CONTABILIDAD



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4356

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Alban Supply Mart, S.R.L.

Dirección: _____

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Saco arroz pilon 125lb.		\$3,200.00	\$3,200.00
10	lbs. Habichuelas Rojas		\$65.00	\$650.00
1	lumbo aceite comest		\$1,175.00	\$1,175.00
3	lbs. Cafe Santo Domingo		\$265.00	\$795.00
3	lbs. Cafe Santo Domingo		\$228.00	\$684.00
10	lbs. azúcar crema		\$195.00	\$1,950.00
3	Paquete vaso #3		\$1,250.00	\$3,750.00
1	Carrito Plato C/Division			
			Total: \$7,935.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



ALHEN SUPPLY MAX, S.R.L.

TU MEJOR OPCION A LA HORA DE HACER TUS COMPRAS!

RNC: 1-3214010-9

No. Comprobante Gubernamental

En proceso

Fecha: 06/01/2023

Factura No. 387859

COPIA

FACTURA

Cliente: Junta Municipal La Guayiga

RNC: 430-04466-2

Teléfono: 809-331-4681

Dirección: Carret. Hato Nuevo, Km.22, Autopista Duarte

NOTA: Ayuda Social gestionada al Profesor

No.	Unidad	Descripción	Precio	Total
1.	1	Saco Arroz Pilon 125 Lib.	3,200.00	3,200.00
	10	Lib. Habichuelas Rojas	65.00	650.00
	1	Jumbo Aceite Crisol	1,175.00	1,175.00
	3	Lib. Café Santo Domingo	265.00	795.00
	10	Lib. Azúcar Crema	28.00	280.00
	3	Paquete Vaso #3	195.00	585.00
	1	Fardo Plato C/División	1,250.00	1,250.00
			Sub-Total:	7,935.00
			ITBIS:	-
			Total Gral.:	7,935.00

Despachado por:

Recibido por:

Sarah J. Gonzalez



4357

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
 RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Alfon Sedy Max SRL
 Dirección: _____

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
3	Pagudes de fundas #72 azul		\$ 230.00	\$ 690.00
			Total: \$ 690.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Presidente del Ayuntamiento



ALHEN SUPPLY MAX, S.R.L.

TU MEJOR OPCION A LA HORA DE HACER TUS COMPRAS!

RNC: 1-3214010-9

No. Comprobante Gubernamental

En proceso

Fecha: 26/01/2023

Factura No. 749851

COPIA

FACTURA

Cliente: Junta Municipal La Guayiga

RNC: 430-04466-2

Teléfono: 809-331-4681

Dirección: Carret. Hato Nuevo, Km.22, Autopista Duarte


NOTA: Ayuda Social

No.	Unidad	Descripción	Precio	Total
1.	3	Paquete Funda #72 Azul	230.00	690.00

Sub-Total: 690.00

ITBIS: -

Total Gral.: 690.00

Despachado por: 

Recibido por: Sarah J. Gonzalez

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

este ayuntamiento, los articulos que se detallan a continuación

DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
3 arroces Pilon 25 lbs		\$720.00	\$720.00
1 litro aceite Crisol		\$680.00	\$680.00
1 lbs. Habachuelas Guros		\$55.00	\$55.00
1 Carton de huevos		\$200.00	\$200.00
1 Pkg. chocolate Embajador		\$35.00	\$35.00
1 Salami Premium Chef		\$400.00	\$400.00
		Total: \$2,750.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



ALPHEN SUPPLY MAX, S.R.L.

TU MEJOR OPCION A LA HORA DE HACER TUS COMPRAS!

RNC: 1-3214010-9

No. Comprobante Gubernamental
En proceso

Fecha: 26/01/2023
Factura No. 749851
COPIA

FACTURA

Cliente: Junta Municipal La Guayiga

RNC: 430-04466-2

Teléfono: 809-331-4681

Dirección: Carret. Hato Nuevo, Km.22, Autopista Duarte

NOTA: Ayuda Social a Alex

No.	Unidad	Descripción	Precio	Total
1.	1	Saco Arroz Pilon 25 Lib.	720.00	720.00
	1	Galón Aceite Crisol	680.00	680.00
	3	Lib. Habichuelas Giras	55.00	165.00
	1	Cartón de Huevos	200.00	200.00
	1	Paq. Chocolate Embajador	85.00	85.00
	1	Salami Premium Chef	400.00	400.00

Sub-Total: 2,250.00

ITBIS: -

Total Gral.: 2,250.00

Despachado por:

Recibido por:



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA 4359
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

m. No. 815
 aprobado por el
 Alcalde y Auditor General
 RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: Alban Sipy Mora, SRL

Dirección: _____

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
5	Fondo Bandeja (divisor)		\$1,250.00	\$1,250.00
			<u>Total \$1,250.00</u>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Se autoriza el ayuntamiento con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Presidente del Ayuntamiento



ALHEN SUPPLY MAX, S.R.L.
TU MEJOR OPCION A LA HORA DE HACER TUS COMPRAS!

RNC: 1-3214010-9

No. Comprobante Fiscal		
NCF: En proceso		
Vencimiento Secuencia Numérica		
DIA	MES	AÑO
31	12	2022

Fecha: 01/02/2023
Factura No. 9874784
ORIGINAL

FACTURA

Cliente: Junta Municipal La Guayiga
RNC: 430-04466-2
Teléfono: 809-331-4681
Dirección: Carret. Hato Nuevo, Km.22, Autopista Duarte

No.	Unidad	Descripción	Precio	Total
1.	5	Fardo Bandeja C/División	1,250.00	6,250.00

Sub-Total: 6,250.00

ITBIS: 0.00

Total Gral.: 6,250.00

Despachado por:

Recibido por:



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Alfonso Sepúlveda

Dirección: _____

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Saco Arroz Pilon 125lb.		\$3,700.00	\$3,700.00
1	Jumbo Aceite Gallo		\$1,250.00	\$1,250.00
10	Lbs. Habichuelas negras		\$50.00	\$500.00
			Total: \$4,950.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



ALHEN SUPPLY MAX, S.R.L.

TU MEJOR OPCION A LA HORA DE HACER TUS COMPRAS!

RNC: 1-3214010-9

No. Comprobante Gubernamental

En proceso

Fecha: 08/02/2023

Factura No. 387390

COPIA

FACTURA

Cliente: Junta Municipal La Guayiga

RNC: 430-04466-2

Teléfono: 809-331-4681

Dirección: Carret. Hato Nuevo, Km.22, Autopista Duarte

NOTA: Ayuda Social

No.	Unidad	Descripción	Precio	Total
1.	1	Saco Arroz Pilón 125 Lib.	3,200.00	3,200.00
	1	Jumbo Aceite Gallo	1,250.00	1,250.00
	10	Lib. Habichuelas Negras	50.00	500.00

Sub-Total: 4,950.00

ITBIS: -

Total Gral.: 4,950.00

Despachado por:

Recibido por:

Antes de llenar el certificado de defunción, lee las instrucciones del reverso y luego llénalo utilizando letra de molde clara y legible. No use abreviaturas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL FALLECIDO (Si es una recién nacida, anotar "Nombre(s)" las postras Recién nacido.)

1. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD O PASAPORTE? 00101150365

1.1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A):
Primer Nombre: Gertrudes Segundo Nombre: Sofía Apellido Paterno: Sofía Apellido Materno: Balota

2. ¿CUÁL ES EL SEXO?
 Masculino Femenino Desconocido

3. ¿CUÁL ES LA NACIONALIDAD?
 Otra nacionalidad Guineense Desconocida Código: _____

4. ¿CUÁL ES LA EDAD CUMPLIDA?
Si es mayor de 1 año edad en _____ años Si es menor de 1 año edad en _____ meses Si es menor de 1 mes edad en _____ días Si es menor de un día edad en _____ horas

5. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO?
25 05 1943

6. ¿CUÁL ES EL ESTADO CONYUGAL? (Marque con X una sola respuesta)
 Casado(a) Unión Libre Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) Soltero(a) Desconocido

7. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESCOLARIDAD? (Indique el nivel máximo alcanzado marcando con X una sola respuesta)
 Ninguna Primaria (1.º curso) Primaria (2.º a 7.º curso) Primaria completa (terminó el 6.º curso) Secundaria incompleta (1.º a 3.º año) Secundaria completa (bachiller) Estudios universitarios Desconocido

8. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL? _____ Se ignora

9. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN HABITUAL? (Indique con X una sola respuesta)
8.1 Años: 81 Ocupación: Abuela de casa Se ignora

10. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN HABITUAL? (Agregue la dirección del domicilio de la defunción)
10.1 Provincia: Bo Dye Oeste 10.2 Municipio: San Juan 10.3 Distrito Municipal: Santa Bárbara
10.4 Sección: San Juan 10.5 Barrio/Paraje: San Juan
10.6 Calle y Número: C/ San Juan # 13 10.7 Teléfono: 809 340 6320
11. ¿Cuál es el nombre y apellido de la Madre? Fallecido 12. ¿Cuál es el nombre y apellido del Padre? Fallecido 13. ¿Cuál es el nombre y apellido del Conyuge? Marcelino Roxas Balota

14. ¿SI LA PERSONA FALLECIDA ES UNA MUJER DE 10-49 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE:
 El embarazo El parto Puerperio (0 a 42 días después del parto o aborto) Los 43 días a 11 meses después del parto o aborto Ignorado

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

15. FECHA DE DEFUNCIÓN: 04 08 2023 15.1 HORA DE DEFUNCIÓN: 06 00

16. ¿DÓNDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN?
 Centro de Salud Público Centro de Salud Privado Casa
 Vía Pública Otro: _____
16.1 Nombre de Centro de Salud: Abasco Calvado Código: _____

17. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL LUGAR DÓNDE OCURRIÓ LA MUERTE?
17.1 Provincia: Bo Dye Oeste 17.2 Municipio: Alcanizos 17.3 Distrito Municipal: San Juan
17.4 Sección: San Juan 17.5 Barrio/Paraje: San Juan
17.6 Calle y Número: Alto número 43 17.7 Teléfono: 809 66 3965

18. CAUSA DE DEFUNCIÓN:

i. Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente:
Causas antecedentes: I AM Fulminante
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica: DM 2

ii. Otras condiciones patológicas que contribuyeron a la muerte pero no relacionadas con la enfermedad o condición morbosa que la produjo: _____

18.1 Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte: _____ Código CIE: _____

19. Causa básica de defunción (de acuerdo con el codificador): Código CIE: _____



20. ¿EL FALLECIDO RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE?

Sí No Se ignora

21. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA O AUTOPSIA?
 Sí No Se ignora

22. ¿CUÁL FUE EL TIPO DE MUERTE? (Marque con X una sola respuesta)
 Accidente de trabajo Accidente de tránsito Otro tipo de accidente Homicidio Suicidio No violenta Indeterminado Se ignora

22.1. Si es muerte violenta, ¿Dónde ocurrió el hecho de violencia?
 Vivienda Institución residencial Escuela Otras instituciones y áreas administrativas públicas Área de deporte o atletismo
 Calle o carretera Área comercial de servicios Área industrial o de la construcción Finca parcela Otro Se ignora

DATOS DEL INFORMANTE

23. Número de Cédula de Identidad del Informante: 40227504012
24. Nombre y Apellidos del Informante: Caira Reralta Roxas Teléfono del Inf.: 809 407 4605

DATOS DE LA CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE

26. ¿Quién certifica la muerte?
26.1. Certificada por médico a) ante: Médico tratante Médico legista Otro médico Otro, especifique: _____
Número de exequiatur: 473-10
26.2. Si la certificación no la realizó el médico tratante, ¿Cómo determinó la causa de muerte?
 Necropsia o Autopsia Reconocimiento del cadáver Interrogatorio a familiares y/o testigos

26.3. Si la defunción es certificada en una institución de salud o por un médico legista a) ante:
Nombre de la institución: Hospital apal Dr. Venancio Calvado
26.4. Nombre(s) y Apellidos del Certificante: Dimy Jean Código: _____
26.5. Número de Cédula de Identidad del Certificante: 401021060793 26.6. Firma del Certificante: Dr. Jean
26.7. Dirección del Certificante: San Juan 26.8. Teléfono del Certificante: 809 66 3965 26.9. Fecha de Certificación: 04 08 2023

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4361

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
 RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Al: Farmacia Rosalio
 Dirección: Km 22 autopista Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
2	losartan 100	blisten		
2	Dapfen 500	blisten		
2	cariblot 12.5	blisten		

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal
Santos Samalés

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

SUP. FCIA. ROBALTE, SRL
 C/ VIEJA #191, LA GUAYIRA N° 22, AUTO. DUAR
 TEL. 331-0916 RNC. 130-95711-8

A CREDITO

CAJA : CAJA 1 FACT.: 6328
 CATERA: WILLIAM RODRIGUEZ REC.A: 13/02/2023
 VENED: WILLIAM RODRIGUEZ HORA : 07:25 am

MARINA FÉREZ GÓMEZ PÉREZ
 LA GUAYIRA
 DIRECCION MUNICIPAL LA GUAYIRA
 00000000
 LA GUAYIRA TEL : 527-7634
 LIMITE: 10,000.00 CIGP: -76,141.67

DESCRIPCION	UNID	ITSIS	IMPORTE
LOGARTAN 100 MG / UNID			700.00
• DAPLON 500mg / 30 UNID			1,800.00
DARVED 12.5mg / 30 UNID			600.00
TOTAL			2,760.00

FIRMA

ANALISIS DE ANTERIORIDAD DE SALDOS

31 a 30	31 a 15	41	→ Balance
41,137.73	19,877.18	19,106.78	20,141.67

Esta cuenta no saldada 3 días despues de la fecha de vencimiento sera suspendida.



Form. No. 815
Aprobado por el
Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4362

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
Comprobante No. _____
Orden de Compra No. 14/02/2023

Al: Sipor Farmacia Rosale, SRL
Dirección: Rm 72 Av. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
10	Esomeprazol 40 mg	unid	\$25.00	\$250.00
3	Carvedilol 6.25 mg	Blis	\$95.00	\$285.00
30	Enalapril Tab. 5 mg	unid	\$15.00	\$450.00
			<u>Total: \$950.00</u>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Sindico Municipal
Sarah J. Gonzalez

Presidente del Ayuntamiento

^I
Esomeprazol 40mg
uo: 1 al día en ayunas


^{II}
Captopril 75/100mg
uo: 1 al día después
del desayuno

^{III}
Concedital 6.25mg
uo: 1 al día 3:00pm

^{III}
Enalapril 5mg
uo: 1 al día

^{IV}
Atorvastatino 40mg
uo: 1 al día después
de la cena

Nombre del Paciente:

~~Sebastián de Jesús~~
23/1/2023  69470

📍 Av. 27 de febrero, Esq. Federico Henríquez y Carvajal, 4ta planta del centro de
Otorrinolaringología y Especialidades, Santo Domingo, Rep. Dom

📞 Centro: 809-688-4300 / Whatsapp: 809-708-8924 / Flota: 829-301-0452

✉ Email: cecardom@gmail.com

PuTTY

, TAB Prox. Ventana

SUPER FARMACIA ROSALIE, SPL

01 CAJA 1 / YA YANAIIRA FACTURADORA 06/02/2023 No
 Ncf N NO APLICA Sub-Ttl: 955.00 St
 03 FRESOLI Control Descto : Ef
 Itbis : .00 Tar
 Recargo: C x
 Flete : Che
 TOTAL : 955.00 N/C
 Au: Vuel
 Tar

GO	Al	Rnc	ABREVIADA	CANT	UNID	PRECIO	I	DESCTO
190	01		ESOMEPRAZOL 40 MG	10	UNID	25.00		
268	01		CARVEDI 6.25 ALF	3	BLIS	85.00		
612	01		ENALAP TAB. 5mg.	30	UNID	15.00		

ALAP TAB. 5mg. /100 ####/LETERAGO/
 E-6-7 Exist. 172 UNID 4 de 4
 LETERAGO, SLR ETHICAL PHARMA
 gite el codigo del producto. CTRL-Z para lista.
 (Nuevo Documento) (Eliminado)



SUP. FEJA-ROSNIE, SRL
 C/ VIEJA #151, LA GUAYIRA NI 22, AUTO. DUAR
 TEL. 331-6715 R.C. 13/95711-8

VENTA A CREDITO

CAJA : CAJA 1 FACT.: 6339
 CAJERA: YANAIIRA ALCANTA FECHA: 14/02/2023
 VENDED: YANAIIRA ALCANTA HORA 11:02 am

MIRTHA PEREZ #31A POPYAS / 0038
 LA GUAYIRA
 DIRECTORA MUNICIPAL LA GUAYIRA
 OFICINA
 LA GUAYIRA TEL : 839-7534
 LIMITE: 10,000.00 CIGR: -73,276.89

DESCRIPCION	UNID	TIBIS	IMPORTE
ENALAP TAB. 5mg.	UNID		930.00
30 a 15.00			
ESONEPRAZEL 40 MG	UNID		250.00
10 a 25.00			
CARVEDI 6.25 ALF	BLIS		250.00
3 a 85.00			
TOTAL		930.00	

FIRMA

ANALISIS DE ANTIGUEDAD DE SALDOS
 0 a 30 31 a 60 61 → Balance

44,272.73 19,997.13 17,105.98 83,276.89

Toda cuenta no saldada 3 dias despues de
 la fecha de vencimiento sera suspendida.



Form: No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Ferretería de Ramon Almeida, S.R.L
 Dirección: Km 22 Aut Duarte

15/02/2023

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
16	Pino Ame. Bru. 1x4x10	Unid.	\$395.00	\$6,160.00
17	Pino Ame. Bru. 2x4x10	unid.	\$950.00	\$16,150.00
30	Zinc acanalado C-34-36	Unid.	\$260.00	\$7,800.00
4	Caballote C-34	Unid.	\$180.00	\$720.00
6	clavo de zinc 2 1/2	Unid.	\$75.00	\$450.00
2.50	Clavo dulce de 4	Unid.	\$60.00	\$150.00
3	clavodulce de 2 1/2.	Unid.	\$60.00	\$180.00
			Total: 31,010.01	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

7920

Buscar

Cte. F12 AYUDAS

CLIENTE GENERICO

TI:

Enviar Entregas

Pago

Efectivo

Vendr

RODE

Su refer

Fecha

15/02/2023

Crea prod. F2	Cód.Artículo	Artículo	Cant	Prec.Unit.	Sub-total RD\$
Ver Prod. F3	PAB1410	PINO AME BRU. 1 X 4 X 10	16.00	365.00	6,160.00
Lista Prod. F4	PBA2410	PINO AME BRU. 2 X 4 X 10	17.00	950.00	16,150.00
Descuento F6	2449	ZINC ACANALADO C-34-3/8	30.00	260.00	7,800.00
Coment. F7	3144	CABALLETE C-34	4.00	180.00	720.00
Elimina fila F8	586	CLAVO DE ZINC 2 1/2"	6.00	75.00	450.00
Inserir fila F9	580	CLAVO DULCE DE 4	2.50	60.00	150.00
Importar de ...	573	CLAVO DULCE DE 2 1/2	3.00	60.00	180.00

Imprimir lista de abonos

Miscelaneos

0.00

Sub-total

31,610.00

Comentarios

RETORNAR F11

Descto

%

0.00

SALVAR, IMPRIMIR F10

Impcto

18.00

%

4821.87

SOLO SALVAR F5

TOTAL

31,610.01

Calendario

Línea 8

Elige impresora

Fita

17 bajante de 10 pie

16 = Enlate de 10 pie

30 = Plancha de Sin

4 = Caballote

6 = libra de Clavo de Sin

2 1/2 libra de Clavo de 4

3 libra de Clavo de 2 1/2





Form. No. 815
Aprobado por el
Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Ferretería Ramón Almonte, S.R.L

15/02/2023

Dirección: km 22 Aut. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
100 1	Block de 8 Quintal de varilla 3/8			

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sorahy. González

esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

CONCRETERIA RAMON ALMONTE, S.R.L.
AUT. DUARTE KM.22
SANTO DOMINGO OESTE
809-564-8790
RNC:130878536

28/01/2023

Cotizacion 7833
Vendr.: ELAINE
Venta: Efectivo

Cliente: CLIENTE
Tlf.:
Codigo : 5

CANT.	DESCRIPCION	TOTAL RD\$
3.00	CEMENTO PANAN	1,455.00
7.00	ZINC ACANALADO C-34	1,855.00
0.50	ARENA ITABO P/METRO	600.00
0.50	CASCAJO P/METRO	487.50
Subtotal		4,397.50
ITBIS		670.81
TOTAL		5,068.31

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430024662



ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: *Ferritero y Asociados Ramon Alameda s.r.l*
 Dirección: *Km 22 Av. Duarte*

16/02/2013

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
3	Cemento Panam		\$485.00	\$1,455.00
7	Zinc Acanalado C-34		\$265.00	\$1,855.00
0.50	Arena Itabo P/metro		\$300.00	\$600.00
0.50	Coscajo P/metro		\$243.75	\$487.50
			Total:	4,397.50

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4366

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
 RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Super Farmacia Rosalia SRL
 Dirección: Rm 27 Aut Duarte

16/02/2013

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Amibuprodina HCL 75mg	caja	\$336.00	\$336.00
			Total: \$336.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Presidente del Ayuntamiento

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

30 TABLETAS

AMITRIPTILINA HCL

25 mg

ADMINISTRACION ORAL



Fabricado por:

MEDIFARMA, S.R.L.
Santo Domingo, R. D.

... TAB Prox. Ventan

SUPER FARMACIA ROSALIE, SRL

01 CAJA 1 / YA YAHAIRA FACTURADORA 16/02/2023

Ncf N NO APLICA Sub-Ttl: 386.00

03 FRESOLI Control Descto :

Itbis : .00

Recargo:

EFE EFECTIVO Flete :

TOTAL : 386.00

Au:

Al	Rnc	Tar	CANT	UNID	PRECIO	I	DESCTO
	ABREVIADA						

01	AMITRIPT.25mg/30		1	CAJA	386.00		
----	------------------	--	---	------	--------	--	--

PTILINA 25MG /30TAB./MEDICAM./

Exist. CAJA

UMENTA

e el codigo del producto. CTRL-z para lista.

(Nuevo Documento) (Eliminado)

Buscar



DELL

C/ YIFA KM 22, ALTO JUAN
 TEL: 53-5411-8
 RECIBO

CAJA 1 FACT.: 5543
 CAJERA: YANIRA ALCANTAR FECHA: 15/02/2023
 VENDEDO: FRESOLINA ACOSTA HORA: 02:15 pm

NIRTHA PEREZ ROLA POPIAN / CUBA
 LA GUAYIGA
 DIRECTORA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 CUBA
 LA GUAYIGA TEL: 529-7654
 LIMITE: 10,000.00 TASP: -53,662.99

DESCRIPCION	UNIT	IBIS	IMPORTE
ANTRIFT-25ag/30 CAJA			386.00
TOTAL		386.00	

FIRMA
 ANALISIS DE ANTIGUEDAD DE SALDOS
 0 a 30 31 a 60 61 → Balance
 38,789.21 25,766.70 19,104.78 53,662.99

Toda cuenta no saldada 5 dias antes de
 la fecha de vencimiento sera sus... de.



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
 RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Familia de Ramon Almonte, S.R.L.
 Dirección: Km 27 Av. Deseado

16/02/2023

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
2	Tubos Merc. Pvc 3X		\$895.00	\$1,790.00
1	Tubo Merc. Pvc 2X		\$8675.00	\$8675.00
			Total: \$	\$2,465.00

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGÁNIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Super Farmacia Basalite srl

16/07/2023

Dirección: km 22 Av. Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Immunit Plus Q10 T	caja	\$1,250.00	\$1,250.00
			<u>Total: \$1,250.00</u>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGÁNIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. González

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



REPÚBLICA DOMINICANA
JUNTA CENTRAL ELECTORAL
CÉDULA DE IDENTIDAD Y ELECTORAL

037-0100340-6



LUGAR DE NACIMIENTO:
SANTIAGO, R.D.
FECHA DE NACIMIENTO:
11 NOVIEMBRE 1985
NACIONALIDAD: **REPÚBLICA DOMINICANA**
SEXO: **F** SANGRE: **A+** ESTADO CIVIL: **SOLTERA**
OCUPACIÓN: **ESTUDIANTE**
FECHA DE EXPIRACIÓN:
11 NOVIEMBRE 2024

Geidy Leidy Jimenez

**GEIDY LEIDY
JIMENEZ**

Geidy Leidy Jimenez

Rx

I

#90

I mmurit Plus-Comp
uso: 1 diario v.o x 3 meses
uso continuo #24

II

Melenax 15mg-Comp
uso: 1 c/ 8 hrs v.o por 8
días #14

III

Vibraxin 100mg-Comp
uso: 1 c/ 12 hrs x 7 días


Dr. Sergio J. Martínez
Ginecólogo
Colpescopista
Instituto 722-41

Paciente: G eidy Leidy Jumeres
Fecha: 26/01/23
Dr: Dr. Martínez

... TAB Prox. Ventana

SUPER FARMACIA ROSALIE, SFL

CAJA 1 / YA YAHAIRA FACTURADORA 16/02/2023 No
Nef N NO APLICA Sub-Ttl: 2,590.00 Sta
3 FRESOLI Control Descto : Efe
Ithbis : .00 Tar

EFE EFECTIVO

Recargo: C x
Flete : Chec
TOTAL : 2,590.00 N/C
Au: Vuel
Tar

Al	Rnc ABREVIADA	CANT	UNID	PRECIO	I	DESCTO
01	IMMUVIT PLUS Q10 T	1	CAJA	1250.00		
01	MELOXICAM IF 15mg	24	UNID	15.00	300	
01	VIBRAXIN 100mg.	14	TAB.	70.00	990	

12,590

IN TAB. 100mg. /50 ****
L- Exist. 57 TAB. de 1

, S.A. el codigo del producto. CTRL-z para lista. 2
(Nuevo Documento) (Eliminado)



SUP. FCIA. ROBALIC, S.R.L.
C/ VIEJA #271, LA GUAYIRA KM 22, AUTO. UCAR
TEL. 351-0716 ANCL. 130-95711-8

VENTA A CREDITO

CAJA : CAJA 1 FACT.: 6351
CAJERA: YANAIRA ALDANTA FECHA: 16/02/2023
VENDED: FRESOLINA ACOST HORA: 02:13 pm

MIRTHA PEREZ *LA PCFYSA* / 0030
LA GUAYIRA
DIRECTORA MUNICIPAL LA GUAYIRA
0000000

LA GUAYIRA TEL : 829-7654
LIMITE: 10,000.00 DISF: -76,007.89

DESCRIPCION	UNID	ITRIS	IMPORTE
INNOVIT PLUS 010	CAJA		1,250.00
TOTAL		1,250.00	

FIRMA

ANALISIS DE ANTIGUEDAD DE SALDOS

2 a 30 31 a 60 61 → Balance

41,154.21 25,766.70 19,106.98 86,007.89

Toda cuenta no saldada 5 dias despues de
la fecha de vencimiento sera suspendida.



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4369

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Super Farmacia Benéfica, S.R.L
 Dirección: km 22 Aut. Duarte

16/02/2023

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Amoxone L 5/20		\$ 998.98	\$ 998.98
			Total: \$ 998.98	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGÁNIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Sindico Municipal

Sarah J. González

Presidente del Ayuntamiento

30 Tabletas / Tablets



DIST. PT

AMAPINE L 5/20

Amlodipina 5 mg / Lisinopril 20 mg Tabletas
Amlodipine 5 mg / Lisinopril 20 mg Tablets

Venta bajo prescripción médica.
Mantener fuera del alcance de los niños.
Prescription only medicine.
Keep out of reach of children.



Via Oral
Oral Use

EUP. FCIA ROSALTE, SRL
C/ VIEJA #51, LA GUAYMA #12, AUTO. BOCA
TEL. 231-0916 RUC. 130-98711-6

VENTA A CREDITO

CAJA : CACA I FACT.: 6350
CAJERA: YANIRA ALONSO FECHA: 12/12/2023
VENDED: FRESQUINA ALIST HORA: 02:17 pm

NIRTHA PEREZ SALA FOPYS / 0029
LA GUAYMA
DIRECTORA MUNICIPAL LA GUAYMA
LOCODREC
LA GUAYMA TEL: 829-7654
LIMITE: 10,000.00 DISP: 74,757.59

DESCRIPCION	UNID	ITBIS	IMPORTE
MAPINE L 5/20 73 CACA			1,395.00
TOTAL			1,095.00

FIRMA

ANALISIS DE ANTIGUEZ DE SALDO
0 a 30 . 31 a 60 61 → Balance

39,884.21 25,764.70 19,124.98 84,757.89

Toda cuenta no saldada 5 dias despues de
la fecha de vencimiento sera suspendida.



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4370

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Sigma Tomancia Procelos, S.R.L.
 Dirección: km 22 Aut. Dique

16/12/2023

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
2	Valpakine	blister	\$67.00	\$1,340.00
2	Levelorac etam 750	blister	\$45.00	\$900.00
			TOTAL: \$	<u>2,240.00</u>

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sandra J. Caspary

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4371

Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
 RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
 Comprobante No. _____
 Orden de Compra No. _____

Al: L. Che Gomas
 Dirección: Bv. 20 del Duarte

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
2	235.65.12		\$300.00	\$600.00
			Total	\$600.00

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Sindico Municipal

Presidente del Ayuntamiento



Km. 22 Aut. Duarte No. 34
Próximo al Semáforo
Santo Domingo Oeste, R. D.
Ofic.: 809-620-7308
Cel.: 809-451-3621
franvillar1.1@hotmail.com

Fecha: 15/12/21

CLIENTE: Junta Municipal

DIRECCION: _____

CONDICIONES: EM00708 TEL.: _____

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNIDAD	TOTAL
<u>3</u>	<u>235 65-12</u>	<u>2000</u>	<u>6000</u>

TOTAL RD\$ 6000

ENTREGADO POR _____

RECIBIDO POR (Signature)



República Dominicana
JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

4372

Form. No. 815
Aprobado por el
Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: *Ferretería Tiburcio S.R.L.*

17/02/2023

Dirección: *Calle Ant. Duarte*

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
<i>100</i>	<i>Block de 8</i>			
<i>1</i>	<i>Quintal de vainilla 3/3</i>			

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanta a cargarse.



Sindico Municipal

Sando J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento

FERRITERIA Y CONSTRUCTORA N° 4 TIBURCIO S.
 Autopista Puerto Viejo, Km. 22, No. 39, Sector Domingo, Rep. Dom.
 Teléfono (809) 351-0510 - FAX (0180) 538

FACTURA VALLITA PARA CREDITO FISCAL NIF: B0106011315
 VALIDO HASTA: 31-12-2023

Cuenta No: 0000970 PNC# 430040662 * FACTURA A CREDITO *

Nombre: JUNTA MUNICIPAL LA GUAYITA Factura #: 142976
 Dirección: KM 23 AGROFISIA DUARTE LA GUAYITA Fecha: 17-02-2023

Localidad: PEDRO BRAND Hora: 03:14 PM
 Teléfono: (809) -877-6578 Orden No.:
 Vendedor: ALBILFENNY RODRIGUEZ

Cod. Referencia	Descripcion	Cantidad	Precio	Valor
000321	TIPO RESORT TRINIDAD	100.70	55.50	5,550.00
002965	VANILLA-004	1.00	3,267.00	3,267.00

SUB-TOTAL RDS: 7,811.02
 Ivas ITRBIS : 1,405.98
 Total Neto : *****9,217.00

AVANCE
 AYUNTAMIENTO MANO IZQUIERDA BUENO A LA BERECH

W. J. ...
Calixto MINAY

Entregado por: Recibido por: Dejado por:
 Nota: Si devuelta cada factura después de 15 días desde el día de emisión. Exigir su factura original al realizar su pago.









Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: JTP Truck Parts SRL
 Dirección: No. Jose Francisco Pena Gomez
 Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los articulos que se detallan a continuación

20/02/2023

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
2	Filtro de aceite Heavy Duty LF P3191 316			
1	Filtro de aceite p/ultra Heavy Duty 87409 H.200W01			
1	Filtro de combustible Heavy Duty P550S29 4FF 9059			
1	Filtro de gasoil Donaldson PF 7690 PF 7744 PF 7690			
2	Acite 15W40 HD URSA chevron			
3	Paula UR515W40 P			
	cubetas de aceite hidraulico			

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuanto a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



República Dominicana

JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA

4374

PROVINCIA SANTO DOMINGO, R.D.

Form. No. 815
Aprobado por el
Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Centro Poble Unibe
Dirección: Ave. San Martín No 82, plaza San Martín, Local No. 6

20/02/2023

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
704	Talones de recibos en papel ncr, original y una copia		\$150.00	\$30,600.00
50	Talones a media carta original y dos copias		\$175.00	\$8,750.00
700	Talones de conduce original y una copia a un cuadro de carta		\$130.00	\$26,000.00
			Sub-Total: \$65,350.00	
			ITBIS: \$11,763.00	
			TOTAL: <u>\$77,113.00</u>	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. González

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



Centro Arte Uribe

Av. San Martín No. 82, Plaza San Martín, Local No. 6
(Debajo del Puente de la San Martín) • Tel.: 684-8662 • Santo Domingo, R. D.

RNC: 130-85610-9
No. de Autorización 01731

FECHA		
Día	Mes	Año
20	2	23

NFC: B1500000869
COMPROBANTE GUBERNAMENTALES

Nombre o Razón del Cliente: **JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA**

RNC/Cédula del Cliente: **430-04466-2**

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO	PRECIO SIN ITBIS	ITBIS	TOTAL
204	TALONARIOS DE RECIBOS, EN PAPEL NCR, ORIGINAL Y UNA COPIA	150.00	30,600.00	5,508.00	36,108.00
50	TALONARIOS A MEDIA CARTA ORIGINAL Y DOS COPIAS	175.00	8,750.00	1,575.00	10,325.00
200	TALONARIOS DE CONDUCE ORIGINAL Y UNA COPIA A UN CUARTO DE CARTA	130.00	26,000.00	4,680.00	30,680.00

Entregado por 
Santo Domingo, R. D.



Recibido Conforme 
Santo Domingo, R. D.



Total Exento	
Total Gravado	65,350.00
ITBIS	11,763.00
Total a Pagar	77,113.00



... no. 815
Aprobado por el
Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____
Comprobante No. _____
Orden de Compra No. _____

Al: JTP Truck Parts SRL
Dirección: Av Jose Francisco Peña Gomez #1

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Bateria AM-24		85,762.71	85,762.71
			Sub-Total: 85,762.71	
			ITBIS: 1,037.29	
			TOTAL: 86,800.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



JTP TRUCK PARTS SRL

AV. JOSE FRANCISCO PEÑA GOMEZ #1, LOCAL 1-A, ANTIGUA-REFINERIA, HAINA, REP.DOM.

Tel.: 809-955-5761 Tel.: 809-955-5761

Email: jtppuestos@gmail.com

RNC: 131783716

JTP TRUCK PARTS SRL

COTIZACION NO.

80003084

FECHA: 11/02/2023

COTIZACION

Cliente: [CC-000659] JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
 Direccion: KM 22 LAS GUAYIGAS, PROVINCIA SANTO DOMINGO KM 22
 Rnc/Ced: 430044662

Contacto: BRAULIO ALMONTE
 Vendedor JULIO NUÑEZ

Codigo	Cantidad	Articulo/Descripcion	Precio	Irbis	Valor
00-004725	1	BATRIA AM-24	5,762.71	1,037.29	6,800.00

Comentario
COD. 112403

Sub-Total :	5,762.71
Descuento :	0.00
Irbis : 18.00	1,037.29
TOTAL: RD \$	6,800.00

- *No Aceptamos devoluciones pasadas 48 Horas
- *Las devoluciones se reponen con credito.
- *No garantia por daños fisicos.

COPIA



JTP TRUCK PARTS SRL

AV. JOSE FRANCISCO PEÑA GOMEZ #1, LOCAL 1-A, ANTIGUA REFINERIA, HAINA, REP.DOM.

Tel.: 809-955-5761 Tel.: 809-484-1826 Tel: 809-658-2275

Email. jtprepuestos@gmail.com

www.jtptruckparts.com

RNC. 131783716

JTP TRUCK PARTS SRL

FACTURA CREDITO NO. 00008330

GOBIERNO

NCF: B1500000098

Vence Ncf: 31/12/2023...

FECHA: 14/02/2023

FACTURA CREDITO

Cliente: [CC-000659] JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA

Direccion: KM 22 LAS GUAYIGAS, PROVINCIA SANTO DOMINGO KM 22

Rnc/Ced: 430044662

Contacto: BRAULIO ALMONTE

Vendedor WANDER BELLO

Fecha Vence: 15/04/2023

Codigo	Cantidad	Articulo/Descripcion	Precio	Itbis	Valor
00-004725	1.00	BATRIA AM-24	5,762.71	1,037.29	6,800.00

Comentario

COD. 112403

Sub-Total : 5,762.71

Descuento : 0.00

Itbis : 18.00 1,037.29

TOTAL : RD \$ 6,800.00

ORIGINAL

*No Aceptamos devoluciones pasadas 48 Horas

*Las devoluciones se reponen con credito.

*No garantia por daños fisicos.



DEPTO. DE VENTAS

RECIBIDO CONFORME

FACTURA VALIDA PARA CREDITO FISCAL NCF: B0100011377
VALIDO HASTA: 31-12-2023

Cuenta No: 0000970 RNC# 430044662
Nombre...: JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA
Direccion: KM 22 AUTOPISTA DUARTE LA GUAYIGA
Localidad: PEDRO BRAND
Telefono.: (809)-877-6578

* FACTURA A CREDITO *
Factura # :143787
Fecha.: 25-02-2023
Hora.: 11:58 AM

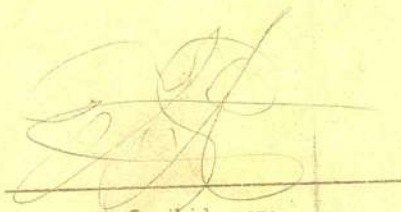
Orden No.:
Vendedor: ALBILENNY RODRIGUEZ

Cod.	Referencia	Descripcion	Cantidad	Precio	Valor
000206	676	ARENA ITABO	0.50	1,025.00	512.50
000599	8	CASCAJO AZUL	0.50	1,110.00	555.00
000618	CEN-001	CEMENTO DOMICEN	3.00	482.00	1,446.00
003009	687	ZINC #34 6PIE	7.00	305.00	2,135.00
006896	TRANSPORTE	TRANSPORTE EL PROGRESO	1.00	150.00	150.00

Sub-Total RD\$: 4,144.70
Mas ITBIS : 653.80
Total Neto :*****4,798.50

-< Nota >
ENTRANDO POR EL DISPENSARIO FRENTE AL COLMADO
JERAR 849-460-3680

Albileny R.D.



Entregado por: _____
Recibido por: _____
Chequeado por: _____
Nota: Si devuelve esta Factura despues de 15 dias pierde el ITBIS. Exigir su factura original al realizar su Pago.



Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
 RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Ferretería Tauraco
 Dirección: Bm 27 Av. Duarte

24/02/2023

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
3	Cemento Panam			
7	Zinc acanalado C-34			
0.50	Arena 1 Trabo p/metro			
0.50	Cascajo p/metro			

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



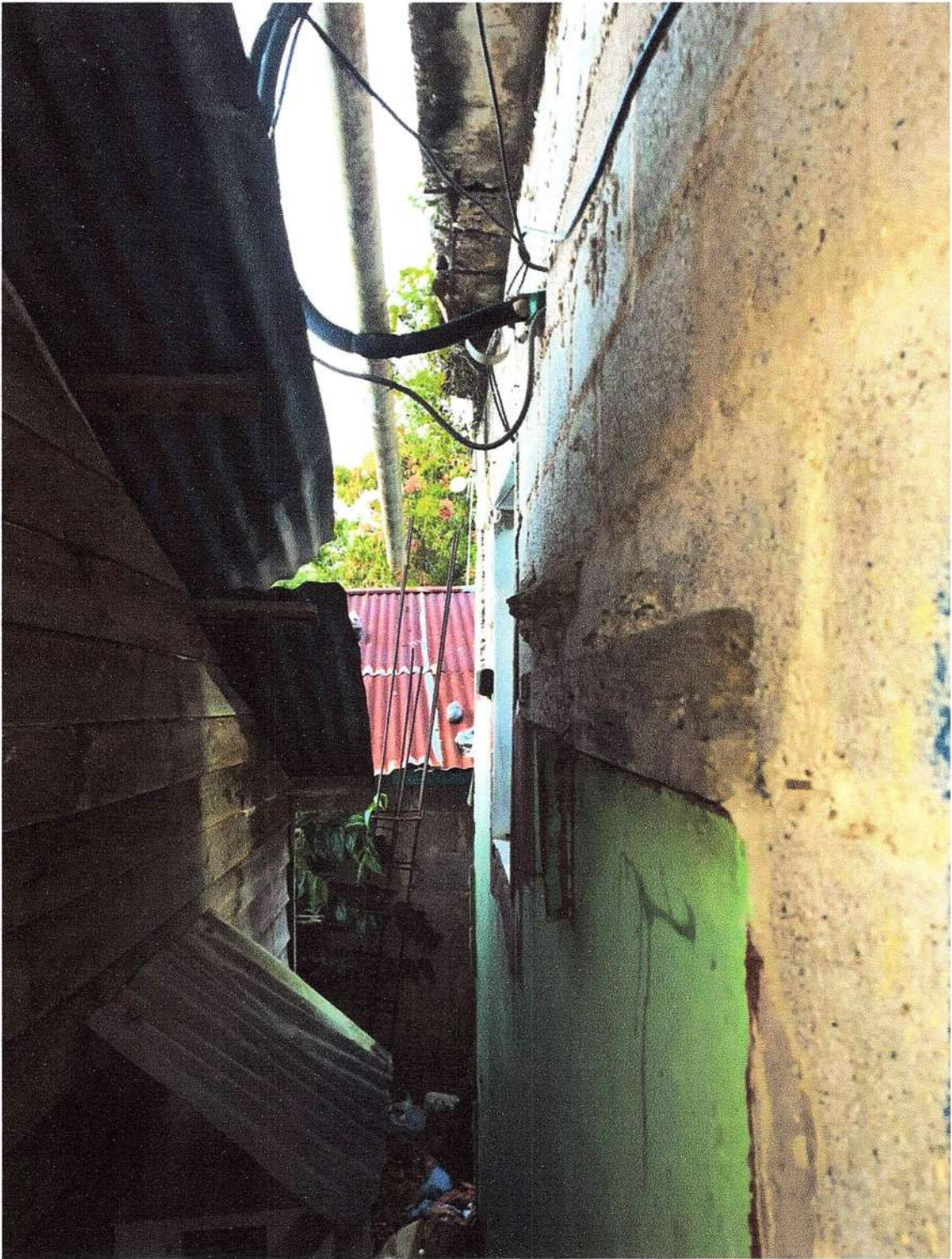
Sindico Municipal

Sarah J. González

Certifico que esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

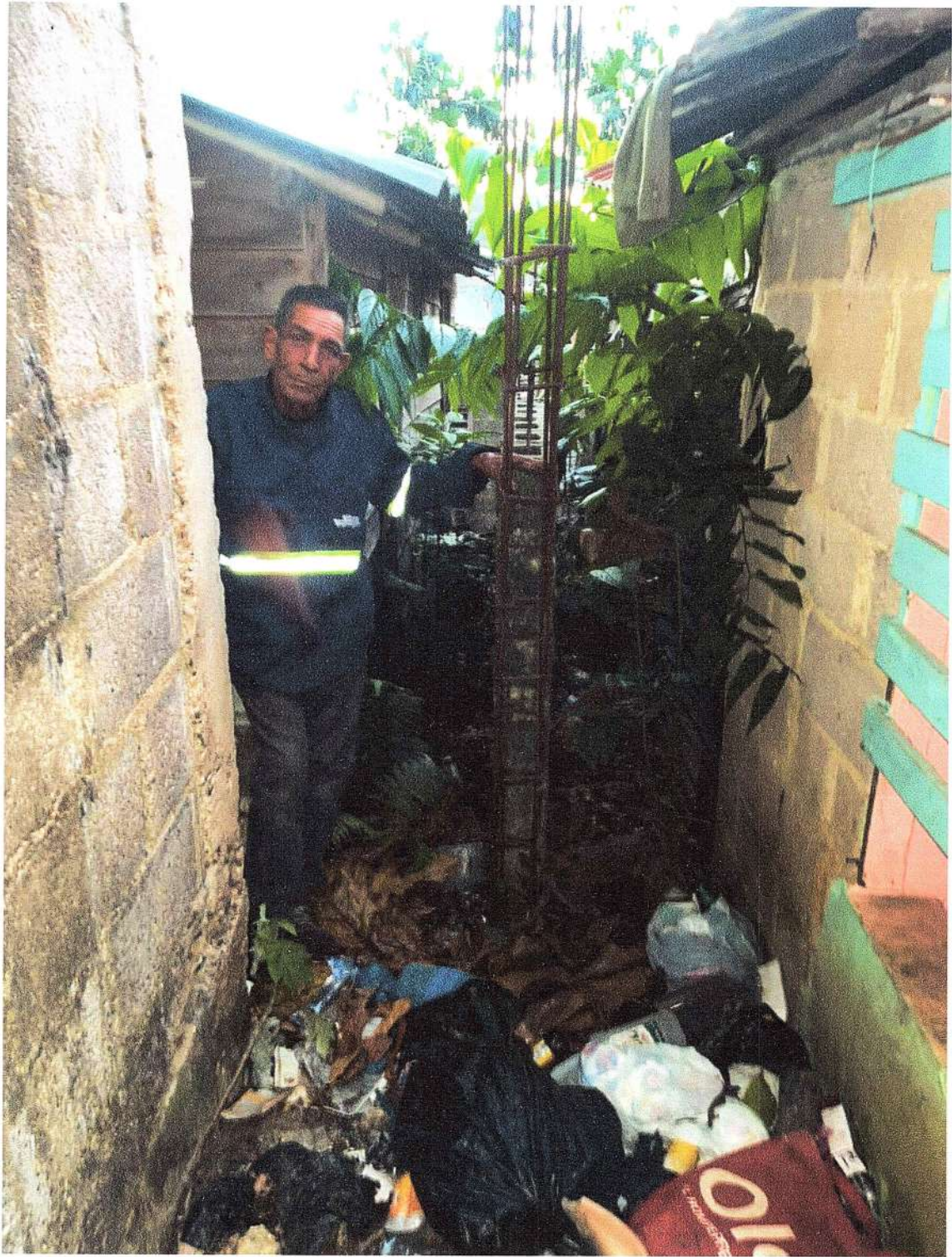
Presidente del Ayuntamiento





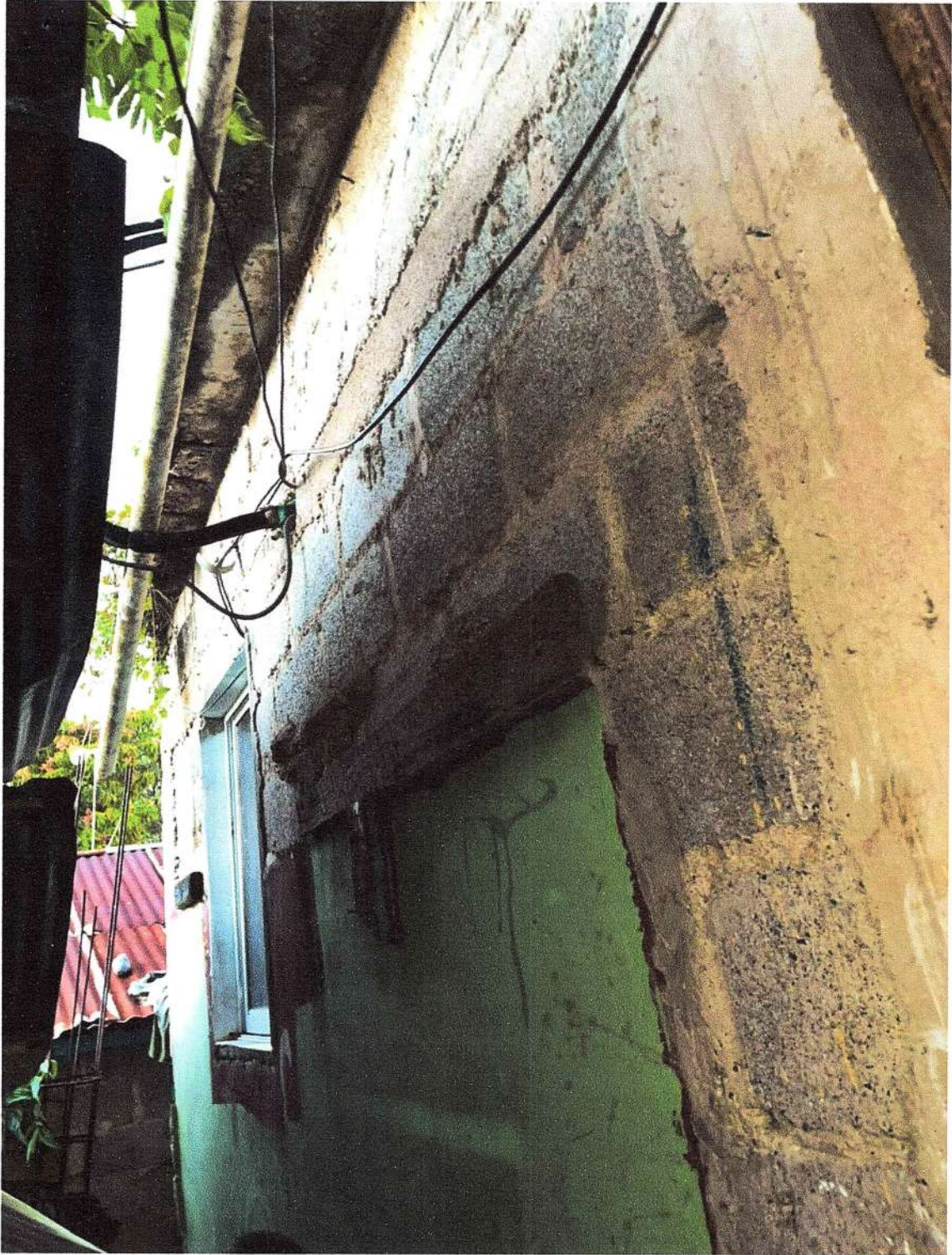














Form. No. 815
 Aprobado por el
 Contralor y Auditor General
RNC: 430044662

ORDEN DE COMPRAS

Clave Municipal _____

Comprobante No. _____

Orden de Compra No. _____

Al: Sol de caño
 Dirección: Km 22 Aut. Duarte

29/02/2023

Sírvase despachar con cargo a este ayuntamiento, los artículos que se detallan a continuación

CANTIDAD	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	PRECIO POR UNIDAD	VALOR TOTAL
10	Almuerzo empresarial		\$160.00	\$1600.00
1	Almuerzo ejecutivo		\$550.00	\$550.00
			Sub-Total: \$ 2,150.00	
			ITBIS 18%: \$ 387.00	
			Total: \$ 2,537.00	

CUENTA A CARGARSE

SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR	SIMBOLO	UNIDAD ORGANIZATIVA	VALOR

Certifico que este Ayuntamiento cuenta con balance presupuestario para incurrir en gastos en los simbolos que detallan en cuenta a cargarse.



Sindico Municipal

Sarah J. Gonzalez

Esta orden fue autorizada por el Ayuntamiento en su sección de Fecha.

Presidente del Ayuntamiento



RNC: 130-71574-2

Fecha: 28/02/2023

Fecha vencimiento: 31/12/2023

Cliente: JUNTA MUNICIPAL LA GUAYIGA

RNC:430-04466-2

FACTURA GUBERNAMENTAL
NCF: B1500000163

Cantidad	Descripcion	Precio c/u	Sub total RDS
10	ALMUERZO EMPRESARIAL	RD\$160.00	RDS1,600.00
1	ALMUERZO EJECUTIVO	RD\$550.00	RDS550.00
		Sub total RD\$	RD\$2,150.00
		ITBIS 18%	RD\$387.00
		Total RD\$	RD\$2,537.00

OBSERVACIONES:

Autorizado por:
Julissa Rodríguez

