



GOBIERNO DE LA
REPUBLICA DE HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD

Tegucigalpa, M.D.C., 20 de Mayo del 2021
Oficio N° 82-2021 AR-RSM-DC

LICENCIADA:
LESLY BARAHONA
JEFE UNIDAD DE TRANSPARENCIA
PRESENTE

Por este medio envío información solicitada mediante oficio No.261-UT-2020 con fecha del 20 de abril del 2020.

1. Esta Región Sanitaria no ha hecho contrataciones de personal en el marco de la emergencia del covid-19.
2. No se han realizado procesos de licitación.
3. Si se han realizado compras menores (se adjunta respaldo)
4. No se han realizado contrataciones de servicios.
5. No se nos ha asignado presupuesto para la emergencia del covid-19.
6. No hemos recibido donaciones en la semana correspondiente del viernes 14 de mayo al jueves 20 de mayo del 2021.

Me despido de ustedes no sin reiterarles mis muestras de agradecimiento y estima.

Atentamente,



LIC. SANTOS OMAR BURGOS
ADMINISTRADOR REGIONAL, R.S.M. DEL DC. DE F.M.

CC. ARCHIVO

Región Sanitaria Metropolitana N°19, Administración Regional, Tel: 2235-7453
Tegucigalpa, MDC, Honduras, C.A.



CHEQUE No. 05508176

CORRELATIVO NO.645

LUGAR Y FECHA: TEGUCIGALPA, M.D.C., 17 DE MAYO, 2021

PAGUESE POR

este cheque a: INSUMOS HOSPITALARIOS S. DE R.L. (INHOSPIT) LPS 34,245.00

LA SUMA DE: TREINTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO LEMPIRAS EXACTOS

Handwritten signatures and initials

OBJETO DE GASTO	DESCRIPCION	TOTAL
351	PRODUCTOS QUIMICOS	L. 11,212.50
35210	PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES VARIOS	L. 22,400.00
39530	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO MENOR	L. 632.50
ULTIMA LINEA.....	
	TOTAL	L. 34,245.00
	POR CONCEPTO DE: COMPRA DE GUANTES TALLA S Y M, ACETONA Y CLORURO DE SODIO, QUE SERAN UTILIADOS PARA LA TOMA PRO CESAMIENTO DE MUESTRAS PARA DIAGNOSTICO DE COVID 19 EN EL LABORATORIO REGIONAL CON FACTURA No 6008.	

RECEPTOR DELCHEQUE

NOMBRE: Juan Alejandro Tercero Caceres

FIRMA: [Signature]

IDENTIDAD: 0801-1986-09536

TEGUCIGALPA, M.D.C. 19/5/21

Elaborado por: Nivia 17/05/2021



BOULEVARD MORAZÁN,
 FRENTE AL EDIFICIO MUÑOZ CALIX
 TEL: (504) 2213-0861, TEGUCIGALPA HONDURAS
 E-MAIL: inhospit_hn@yahoo.es
 RTN: 08019010284133

FACTURA N°

000-001-01-0000 6008

CAI: A95D1C-C26DB6-5E4A87-27AF45-FDDB67-3A

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

N° De Orden De Compra Exenta: _____

N° Constancia De Registro De Exonerados: _____

N° Registro de la SAG: _____

DIA	MES	AÑO
6	5	2021

Nombre Cliente: Región Metropolitana de Tegucigalpa

Dirección: Tegucigalpa

R.T.N No. 08019995239462

Condición de pago: Contado Crédito

ÍTEM	CANTIDAD	PRESENTACIÓN	DESCRIPCIÓN	P. UNIDAD	TOTAL
1	40	- Caja	Guantes de látex Talla "S"	320.00	12,800.00
2	30	Caja	Guantes de látex Talla "M"	320.00	9,600.00
3	5	Galón	Acetona Grado Reactivo *	1,950.00	9,750.00
4	1	Frasco 500 gr	Cloruro de Sodio *	550.00	550.00
.....U.L:.....					



Manuel Rodríguez
 MRP, 07/05/2021

Cantidad en Letras: Treinta y cuatro mil doscientos cuarenta y cinco lempiras con 00/100

[Signature]
 Firma Autorizada

[Signature]
 Nombre y Firma de quien recibe

Sub-Total Lps .	32,700.00
Importe Exonerado L.	0.00
Importe Exento L.	22,400.00
Descuentos y Rebajas Otorgados L.	0.00
Importe Gravado 15% L.	10,300.00
Importe Gravado 18% L.	0.00
I.S.V. 15% L.	1,545.00
I.S.V. 18% L.	0.00
TOTAL A PAGAR L.	34,245.00

1. ESTIMADO CLIENTE. HACER LOS CHEQUES A NOMBRE DE INHOSPIT S DE R L
 2. REVISAR LA MERCADERIA AL RECIBIRLA. NO ACEPTAMOS RECLAMOS FUTUROS
 RANGO AUTORIZADO: 000-001-01-00005951 AL 000-001-01-00006050 FECHA LIMITE DE EMISION: 28/01/2022

Original: Cliente Copia 1: Obligado Tributario Emisor Copia 2: Archivo

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, "EXIJALA".

MAXIMA INDUSTRIA LITOGRAFICA S de R.L de C V R T N 08019995373597, CERTIFICACIÓN N° 9231-19-10500-205



INHOSPIT

Insumos Hospitalarios S. de R.L.

Tegucigalpa M.D.C., Honduras
Blvar Morazán Edificio Muñoz Calix
E-Mail: inhospit_hn@yahoo.es Teléfono No 22130861

Comprobante de Entrega

Institución: Región Metropolitana de Tegucigalpa
Tegucigalpa

No. de Comprobante: 03853

Factura: 000-001-01-00006008

Fecha: 5 de mayo de 2021

Ítem	Producto	Presentación	Cantidad Solicitada	Entregado Anteriormente	Total Entregado	Pendiente
1	Guantes de Latex Talla "S"	Caja	40	0	40	0
2	Guantes de Latex Talla "M"	Caja	30	0	30	0
3	Acetona Grado Reactivo	Galón	5	0	5	0
4	Cloruro de SodioU.L.....	Frasco 500 gr	1	0	1	0



Mauricio
MPC
07/05/2021
Calix



Observaciones:

Firma y Sello INHOSPIT

Firma y sello Quien Recibe

Original: Cliente

Copia: Archivo y cobranzas



COTIZACIÓN #: 31-2021
INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD
OFICINA DE COMPRA: REGIÓN METROPOLITANA DE TEGUCIGALPA

SEÑORES: Insumos Hospitalarios S. de R.L

TARJETA DE IDENTIDAD: _____

R. T. N. : 08019010284133

DIRECCIÓN, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO DEL PROVEEDOR:
Boulevard Morazán, Frente Edificio Centro Muñoz Calix
2213-0861
inhospit-hn@yahoo.es

Por este medio solicitamos cotizar precios de los siguientes bienes y servicios

Nº	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	40	CAJA	GUANTES DE LATEX TALLA S	320.00	12,800.00
2	30	CAJA	GUANTES DE LATEX TALLA M	320.00	9,600.00
3	10	CAJA	GUANTES DE NITRILLO TALLA S	Agotado	—
4	10	CAJA	GUANTES DE NITRILLO TALLA M	Agotado	—
5	10	CAJA	GUANTES DE NITRILLO TALLA L	Agotado	—
6	5	GALON	ACETONA GRADO REACTIVO +	1,950.00	9,750.00
7	2	FRASCO 500 GR	CLORURO DE SODIO +	550.00	1,100.00
:.....ULTIMA LINEA:.....					
SUBTOTAL					33,250.00
I.S.V. 15%					1,627.50
TOTAL A PAGAR :.....					34,877.50

NOTA: SERÁ UTILIZADOS PARA LA TOMA, PROCESAMIENTO DE MUESTRAS PARA DIAGNOSTICO DE COVID-19 EN EL LABORATORIO REGIONAL DE LA RSM-DC.

DIA MES AÑO
29 / 04 / 2021

[Handwritten Signature]
FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA



[Handwritten Signature]
FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



NOTA IMPORTANTE

SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DEL RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE, Y ENTRE PARENTESIS EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE EL BIEN
OBSERVACION: EN CASO DE SER ADJUDICADA LA COMPRA, EL CHEQUE SE EMITIRA A NOMBRE DEL QUE POSEE EL RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD RESPECTIVA.



COTIZACIÓN #: 31-2021
INSTITUCIÓN: SECRETARÍA DE SALUD
OFICINA DE COMPRA: REGIÓN METROPOLITANA DE TEGUCIGALPA

SEÑORES: Imlab

TARJETA DE IDENTIDAD: _____

R. T. N. : 05019003081268

DIRECCIÓN, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO DEL PROVEEDOR:
Ros. Los Almendros
2221-0752
jose.reyes@imlabhn.com

Por este medio solicitamos cotizar precios de los siguientes bienes y servicios

N°	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	40	CAJA	GUANTES DE LATEX TALLA S	Ajustado	
2	30	CAJA	GUANTES DE LATEX TALLA M	Ajustado	
3	10	CAJA	GUANTES DE NITRILLO TALLA S	Ajustado	
4	10	CAJA	GUANTES DE NITRILLO TALLA M	Ajustado	
5	10	CAJA	GUANTES DE NITRILLO TALLA L	Ajustado	
6	5	GALON	ACETONA GRADO REACTIVO	Ajustado	
7	2	FRASCO 500 GR	CLORURO DE SODIO	Ajustado	
		ULTIMA LINEA:.....		
			SUBTOTAL		
			I.S.V. 15%		
			TOTAL A PAGAR		

NOTA: SERÁ UTILIZADOS PARA LA TOMA, PROCESAMIENTO DE MUESTRAS PARA DIAGNOSTICO DE COVID-19 EN EL LABORATORIO REGIONAL DE LA RSM-DC.

DIA MES AÑO
29 / 04 / 2021

FIRMA Y SELLO UNIDAD COTIZADORA   S. de R. L.  FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

NOTA IMPORTANTE

SI ES COMERCIANTE INDIVIDUAL ESCRIBA CORRECTAMENTE EL CODIGO DEL RTN Y EL NOMBRE A QUIEN CORRESPONDE, Y ENTRE PARENTESIS EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO COMERCIAL QUE VENDE EL BIEN
OBSERVACION: EN CASO DE SER ADJUDICADA LA COMPRA, EL CHEQUE SE EMITIRA A NOMBRE DEL QUE POSEE EL RTN O LA TARJETA DE IDENTIDAD RESPECTIVA.

