

1
2
3
4

ALCALDÍA MUNICIPAL DE CANTARRANAS

Tels. 2769-0207, 2769-0239, Honduras, C.A.

Cuenta N°.: 072-0301-000059-2

CHEQUE No. 00009634

CANTARRANAS 26 de mayo de 2021
Lugar y Fecha

DROGUERIA BENPHARMA S DE RL DE CV

Páguese a la orden de

L 9,000.00

NUEVE MIL CON CERO CENTAVOS

Cantidad en letras

Lempiras



BANCO DE DESARROLLO RURAL HONDURAS, S.A.

Firma(s)

[Handwritten signature]

⑆0100131107203010000592⑆00009634

RAZÓN DE PAGO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
PAGO DE 75 PRUEBA RAPIDA COVID-19 ACON IgG/IgM. PARA SER UTILIZADO EN CLINICA PRIMARIA DE ESTABILIZACION PACIENTES COVID-19 UBICADO EN CIS CANTARRANAS. SEGUN ORDEN DE COMPRA NO.005598	9,000.00	9,000.00
<i>[Handwritten signature]</i>		
AUTORIZADO	RECIBÍ CONFORME	FECHA DE RECIBO

R.R. DANIELLEY DE HONDURAS, S.A. DE C.V., TELS.: 2240-0600, 2545-0700, (CR (11-19)) 713887-10 - EN0101910124N

4
3
2



CANTARRANAS, FRANCISCO MORAZÁN
 EJERCICIO: 2021
Orden de Pago
 Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 26/05/2021
 Hora : 08:28 a.m.
 USUARIO: KARLA.LIRA

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 6506
 L.: 9,000.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
 Expediente No.: 18680
 Fecha de Emision: 26/5/2021
 No.Cheque/Nota de Debito: 9634
 Pague a: DROGUERIA BENPHARMA S DE RL DE CV Id/RTN: 08019011372922
 La Cantidad en Letras: NUEVE MIL CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

75 PRUEBA RAPIDA COVID-19 ACON IgG/IgM. PARA SER UTILIZADO EN CLINICA PRIMARIA DE ESTABILIZACION PACIENTES COVID-19 UBICADO EN CIS CANTARRANAS. SEGUN ORDEN DE COMPRA NO.005598

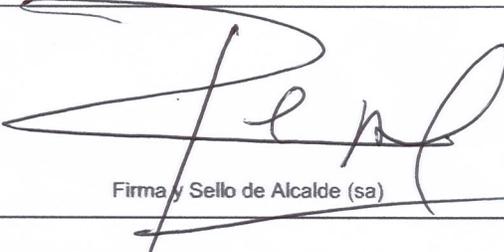
CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
12 01 000 004 000 55110 11-001-01	Transferencias de Capital a Instituciones de la Administración Central	9,000.00

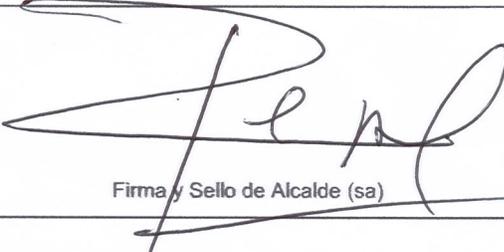
RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Total de retenciones:		0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
Monto Total:		0.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	9,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	9,000.00

Firma y Sello de Presupuestario:  

Firma y Sello de Tesorero:  

Firma y Sello de Alcalde (sa): 

Recibido por: Leon Diaz
 Identidad No.: 0607-1986-0089

0s+js/f9Jme3caciH6/vf51AdQznm05gCZkKXb3zzEmCdGFC8oLNcoUvqVtrzhFin0BWEBdtGFeyIZ6Zc4Or0h7AAUSmjWchQ8bsVxHfm+VsXrBq+uPEz27gjSVvFQwO7M9lpaCnk/hogCRvpU0DuwNvWt2en5ilufPJf3mriCKEfmG1gW/ 3g==



BENPHARMA

Droguería Benpharma S de R.L. de
Principal
Centro Comercial Perisur, Ofibodega #4
Col. Loarque
RTN: 08019011372922

COTIZACION: 000-001-00-00000642

Fecha: 25-05-2021
Hora: 16:12:54

Cliente: ALCALDIA MUNICIPAL DE CANTARRANAS
RTN: 08209001213058

Cant.	Und./Med.	Código	Descripción	Unitario	Descuento	Importe
75	Unidad	70005	Prueba Rapida Covid Acon IgG/IgM	120.00	0.00	9,000.00

Descuento:	L.	0.00
Subtotal:	L.	9,000.00
Impuestos:	L.	0.00
Total:	L.	9,000.00

Nueve Mil Lempiras Exactos

La factura es derecho de todos exígela

Teléfono: +50422455550 / +50499907320 Correo electrónico: jahyromendoza@gmail.com



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

Cantarranas, F.M. 25 de mayo de 2021

Lic.

Ingrid Dolores Reyes Gálvez

Tesorera Municipal

Responsable Proceso

“Operación Fuerza Honduras”

Estimada Dolores.

Tengo el agrado de dirigirme a usted; en calidad de Directora Municipal de salud, para que se tramite la compra detallada:

Descripción	Cantidad
Prueba rápida de Covid-19	75

Se encuentra contemplada en el plan de Acción Municipalidad y Dirección Municipal de Salud de Cantarranas.

Mucho agradeceré disponer que se proceda a la atención de nuestro requerimiento en razón que es de necesaria urgencia para la atención de pacientes con COVID19.

Al respecto si fuera posible desearía que la compra se realice a la menor brevedad posible.

Para cualquier notificación comunicarse a los teléfonos 2769-0315, 9503-4245 o al correo electrónico graligoma931192@gmail.com

Agradeciendo la gentileza de su atención, quedo a la espera de su respuesta.

Atentamente,

Dra. Grace Alicia Godoy Mazariegos
Directora Municipal de Salud de
Cantarranas



DROGUERÍA
BENPHARMA

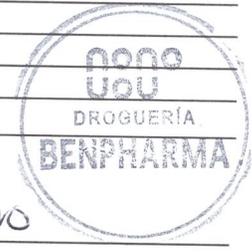
R.T.N: 08010011372922
Parque Empresarial Perisur, Bodega #4. Tegucigalpa, Honduras.
Tel: +504 2245-5550. e-mail: facturacion@htgroup.com.co

RECIBO DE CAJA
No. 08232

Ciudad:	Tegucigalpa	Fecha	Día	Mes	Año	R.T.N. del Cliente
Recibido de:	Alcaldía de Cantarranas	Forma de pago	27	5	2021	
Suma en letras:	Nueve mil exactos		Efectivo	Cheque	No. Comprobante Electrónico	
				<input checked="" type="checkbox"/>		
			Banco:			
						\$ <input type="checkbox"/> L <input checked="" type="checkbox"/>

Por concepto de:

Item	No. Factura	Monto	Item	No. Factura	Monto
1	15492	9,000.00	6		
2			7		
3			8		
			9		
			10		
TOTAL		9,000.00	TOTAL		



Todo cheque devuelto por cualquier razón se le realizará un cobro de L. 300.00 al a lo que cobre el banco.

Elisa Calero

Entregado por Droguería **BENPHARMA**



BENPHARMA

Drogueria Benpharma S de R.L. de C.V

Centro Comercial Perisur, Ofibodega #4

Col. Loarque

Tegucigalpa 08 11101

RTN: 08019011372922

CAI: 60B9CA-4B38AA-6A4185-54BAED-B1AD37-EC

Rango autorizado: 000-001-01-00014501 a
000-001-01-00024500

Fecha Limite de Emision: 23-03-2022

Cliente: ALCALDIA MUNICIPAL DE CANTARRANAS

RTN: 08209001213058

Factura: 000-001-01-00015492

Fecha: 27-05-2021

Hora: 09:07:27

Condiciones: CREDITO

Cant.	Und./Med.	Código	Descripcion	Unitario	Descuento	Importe
75	Unidad	70005	Prueba Rapida Covid Acon IgG/IgM	120.00	0.00	9,000.00
			Cantidad: 75 Lote: COV1040167 Vencimiento: 26/10/2022			

No. Orden Compra Exenta:	Descuentos y Rebajas:	L.	0.00
No. Constancia Reg. Exonerado:	Subtotal:	L.	9,000.00
No. Registro SAG:	Exonerado:	L.	0.00
	Exento:	L.	9,000.00
	Gravado 15%:	L.	0.00
	Gravado 18%:	L.	0.00
	ISV 15%:	L.	0.00
	ISV 18%:	L.	0.00
	Total a pagar:	L.	9,000.00

Nueve Mil Lempras Exactos

TERMINOS DE PAGO DROGUERIA BENPHARMA

Toda factura debe ser pagada en los primeros 30 días despues de su entrega o de acuerdo a las condiciones en que se negociaron en la compra. Una vez cumplido los treinta días se cobrara un 5% de interes moratorio sobre el valor total de la factura, mensualmente hasta que haya sido cancelada en su totalidad.

Revisado por cuentas por cobrar		Revisado por el cliente	
Nombre:		Nombre:	
Firma y Sello:		Firma y Sello:	
Fecha:		Fecha:	
Declaro que fue recibido a conformidad Cliente			

Original: Cliente

Copia: Obligado Tributario Emisor

La factura es derecho de todos exígela

Teléfono: +50422455550 / +50499907320 Correo electrónico: jahyromendoza@gmail.com