

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]

0720301000059200009634

| 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> | <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, (R.11-19) 713887-10 • EN0101910124N

10PTT35215

3258-U

NEGRA

4
3
2

R.R. DANIELLEY DE HONDURAS, S.A. DE C.V.

00009634



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/vf51AdQznm05gCZkKXb3zzEmCdGFC8oLNuouVqVtrzhFin0BWEBdtGFeyYZ6Zc4Or0h7AAUSmjWchQ8bsVxHfm+VsXrBq+uPEz27gjSVvFQwO7M9lpaCnk/hogCRvpU0DduwNvWt2en5iluFPJf3mriCKEfmG1gW/ 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



MUNICIPALIDAD DE CANTARRANAS
DEPARTAMENTO DE FRANCISCO MORAZÁN
TELÉFONO: 2777-0207

ORDEN DE COMPRA

Nº 005598

Señor(es) Droguería Benpharma S de R.L de

Lugar y Fecha Cantarranas F.M. ; 26 de mayo 2021

Atentamente Solicito a Ud. (s) Suministre a: Alcaldía Cantarranas

El Material(es) Equipos Servicios que a continuación se detallan:

| Fon- do | Pro- grama | Acti- vidad | Obje- to | Pro- yecto | Uni- dad | Canti- dad | Descripción | Precio Unitario | Sub-Total por Fondo | Canti- dad |
|------------|---------------|----------------|-------------|---------------|-------------|---------------|--|--------------------|------------------------|---------------|
| | | | | | | 75 | Prueba Rapida Covid Acon | \$70.00 | 9,000.00 | |
| | | | | | | | TOTAL | | 9,000.00 | |
| | | | | | | | Para ser utilizado en clinica de estabilización pacientes COVID-19 ubicado en CIS cantarranas. | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Condiciones: Crédito: Plazo: Efectivo:

Para la pronta cancelación de este suministro, favor presentar el original de esta orden acompañada de original y una copia del recibo y facturas a la Tesorería de esta Alcaldía. dentro de un plazo no mayor de 30



Original
Copia Resada:
Copia Annulla:

Comerciante adjuntar a las facturas
Tesorería
Contabilidad/Auditoría



Firma y Sello Alcalde(sa) Municipal

Firma y Sello Auditor(a) Municipal



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



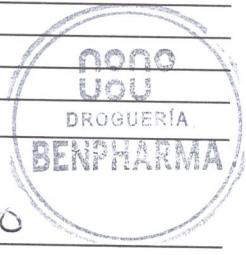
DROGUERÍA
BENPHARMA

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: | Alcaldia 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 | | |



Elisa Calero

Entregado por Droguería **BENPHARMA**

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



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 | | | |

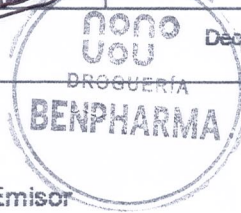
| | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------|
| No. Orden Compra Exenta: | Descuentos y Rebajas: | L. | 0.00 |
| No. Constancia Reg. Exonerado: | Subtotal: | L. | 9,000.00 |
| No. Registro SAG: | Exonerado: | L. | 0.00 |
| | Exento: | L. | 9,000.00 |
| | 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 Lempiras 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: | Fecha: | Firma y Sello: | 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