

UE/GA **UE 21 GA 22 HOSPITAL JUAN MANUEL GÁLVEZ**

Ref. PEDIDO 0021-2021

FECHA 7-may-21

SEÑORES **INFRA DE HONDURAS**

TITULAR RTN: **0801 9995158356**

RTN: _____

NOMBRE: _____

ID: _____

DIRECCIÓN **BVAR SUYAPA FRENTE AL POLIDEPORTIVO DE LA UNAH TEGUCIGALPA**

TELÉFONOS: **2280-8022**

POR ESTE MEDIO SOLICITAMOS COTIZAR LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN

PDA	OBJ	CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	APLIC ISV	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	ISV	TOTAL
1	42410	10	C/U	ESFIGNOMANOMETRO PEDIATRICO			L. -	L. -	
2	42410	5	C/U	AMBU NEONATAL	N/A	L. 1,540.00	L. 7,700.00		L. 7,700.00
3	42410	5	C/U	AMBU PEDIATRICO	N/A	L. 1,540.00	L. 7,700.00		L. 7,700.00
4	42410	15	C/U	OXIMETRO DE PULSO ADULTO			L. -	L. -	
5	42410	2	C/U	BASCULA PEDIATRICA			L. -	L. -	
6	42410	2	C/U	BASCULA ADULTO			L. -	L. -	
7	42410	4	C/U	OXIMETRO DE PULSO PEDIATRICO		L. 2,163.91	L. 4,327.82	L. 649.17	L. 4,976.99
8	42410	4	C/U	BRASALETE DE PRESION ADULTO			L. -	L. -	
9	42410	5	C/U	DOPLER FETALES		L. 3,783.76	L. 18,918.80	L. 2,837.82	L. 21,756.62
9	9	9	9	9	2	4	L. 38,646.62	L. 3,486.99	L. 42,133.61

NOTA IMPORTANTE: Señor proveedor, le agradecemos escribir los datos que se le solicitan; Ya que si usted es seleccionado para dicha cotización, no tenga problema alguno para reclamar su pago. *Las cotizaciones no deben de presentar alteraciones tales como: Borriones, Remarcados y Tachaduras*

RESUMEN

SUBTOTAL	L.	38,646.62
ISV 15%	L.	3,486.99
TOTAL	L.	42,133.61

UNIDAD COTIZADORA

FIRMA Y SELLO: _____

FECHA: ____ / ____ / ____



PROVEEDOR

FIRMA Y SELLO: _____

FECHA: **31** / **5** / **2021**

20-05-2021



SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL DR. JUAN MANUEL GALVEZ GRACIAS, LEMPIRA



SECRETARÍA DE SALUD

Formato 004-2019-Orden de compra

Orden de Compra: 0021-2021

UE/GA 21 22 Hospital Juan Manuel Galvez

Cotización: 0021-2021

Pedido: 0021-2021

Lugar: Gracias, Lempira

Fecha: 14-jul-21

Proveedor: INFRA DE HONDURAS S.A. DE .C. V

Dirección: BVAR SUYAPA FRENTE AL POLIDEPORTIVO DE LA UNAH
TEGUCIGALPA

TELÉFONO: 2280-8022

Estructura Presupuestaria

Mes / Año	Título	Actividad / Obra	Prog.	Sub Programa	Fuente	Otro
jul-21	60	02	20	00	11	

Objeto Gasto	Pda	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Aplica ISV	Precio Unitario	Sub Total	ISV	Total
42410				EQUIPO MEDICO SANITARIO, HOSPITALARIO E INSTRUMENTAL					
	2	5	CU	AMBU NEONATAL (RESUCITADOR DE SILICONA PARA NEONATAL) MARCA BOSCAROL	NO	L 1,540.00	L 7,700.00		L 7,700.00
	3	5	CU	AMBU PEDIATRICO (RESUCITADOR DE SILICONA PARA PEDIATRICO)MARCA BOSCAROL	NO	L 1,540.00	L 7,700.00		L 7,700.00
	9	5	CU	DOPLER FETALES Marca EDAN	SI	L 3,783.76	L 18,918.80	L 2,837.82	L 21,756.62
				ACT. 002 L. 37,156.62					
1	3	3	3	5	3	3	L -	L -	L -
							L 34,318.80	L 2,837.82	L 37,156.62

Resumen

Sub-Total	L	34,318.80
Imp. S. Ventas	L	2,837.82
Total	L	37,156.62

Resumen: EQUIPO MEDICO SANITARIO, HOSPITALARIO E INSTRUMENTAL QUE SERA UTILIZADO EN LA SALA DE NEONATOS DE ESTE HOSPITAL DURANTE UN TIEMPO INDEFINIDO

Valor en letras: TREINTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS LEMPIRAS CON 62/100

Plazo y lugar de entrega: Inmediatamente despues de recibida la orden debidamente aprobada sera entregada en la Bodega del Hospital Juan Manuel Gálvez en la Ciudad de Gracias, Lempira en un plazo maximo de 10 dias habiles


 LIC. JAIRO F. AVIANO ESPINOZA ROSA
 No. Identidad 1301-1983-00237
 Administrador




 DRA. GRACIA MARÍA CHAVES
 No. Identidad 0301-00590
 Directora



Cotización: 0021-2021
 Pedido: 0021-2021
 F-01: 00537
 Fecha: 16-ago-21

UE	GA
21	22

Hospital Juan Manuel Galvez

Almacén de Recepción: Almacén Hospital Dr. Juan Manuel Galvez
 Proveedor: INFRA DE HONDURAS S.A. DE C.V.
 Dirección: BARRIO LAS ACASIAS, 4 AVE, ENTRE 9 Y10 CALLE NO.
 Teléfono(s): 2580-8025

Objeto Gasto	Pda.	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Apli. ISV	Precio Unitario	Sub-Total	ISV	Total
42410	2	5	C/U	AMBU NEONATAL (Resucitador de silicona para neonatal) Marca Boscarol	NO	L. 1,540.00	L 7,700.00		L 7,700.00
42410	3	5	C/U	AMBU PEDIATRICO(Resucitador de silicona para Pediatrico) Marca Boscarol	NO	L. 1,540.00	L 7,700.00		L 7,700.00
42410	9	5	C/U	DOPLER FETALES, Marca EDAN.	NO	L. 3,783.76	L 18,918.80	L 2,837.82	L 21,756.62
3	3	3	3	3	3	3	L 34,318.80	L 2,837.82	L 37,156.62

Resumen	
Sub Total	L 34,318.80
ISV	L 2,837.82
Total	L 37,156.62


 EDUARDO SEBASTIAN BENITEZ ZAPALA
 ID. 1301-1991-00054
 Jefe de Almacén General



(INFRA DE HONDURAS S.A. DE C.V.)
 RTN. 0801-9995-15856
Proveedor


 (LIC. JAIRO ESPINOZA ROSA)
 No. 1301-1983-00237
Administrador
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ




 (DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ)
 No. 0301-1977-00590
Director
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ

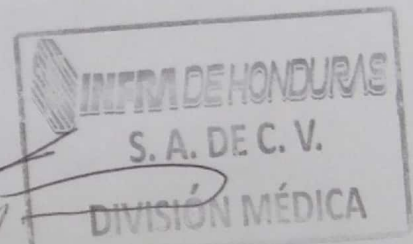


Fecha:

RECIBO POR LPS..... 37,156.62

RECIBIMOS DE LA **TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA** LA CANTIDAD DE **TREINTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS LEMPIRAS CON 62/100 (LPS. 37,156.62)** POR CONCEPTO DE SUMINISTROS EFECTUADOS AL **HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ** SEGÚN ORDEN DE COMPRA No. - 0021-2021; MEDIANTE FACTURA CON No. 012-002-01-00104954.

TEGUCIGALPA, 16 DE AGOSTO DEL 2021



INFRA DE HONDURAS SA DE CV

ELÍ BELTSASAR ESPINO GOMEZ
IDENTIDAD No.-1503-1997-01920

R.T.N. No.- 08019995158356
ONCAE No.- 1686-2020

Oficina Matriz

3a. Ave. N.O. # 65
entre 9 y 10 calle
Bo. Las Acacias
San Pedro Sula, Honduras, C.A.
Tel. (504) 2553-0103, (504) 2553-1191
Fax: (504) 2557-1769

Sucursal Tegucigalpa

Boulevard Suyapa
Frente a terrenos de la U.N.A.H
Tegucigalpa M.D.C., Honduras, C.A.
Tel. (504) 2235-5213, (504) 2239-0865
Fax: (504) 2231-1986

Sucursal La Ceiba

Carretera la Ceiba-Tela
Cd. Las Delicias
500 mts. Adelante del Puente Danto
La Ceiba, Atlántida, Honduras, C.A.
Tel/Fax: (504) 2441-1671

Sucursal Choluteca

Boulevard Enrique Weddle
Bo. Los Mangos
Choluteca, Choluteca
Honduras, C.A.
Tel/Fax: (504) 2882-4655

Planta

Km. 18.5
Aldea Dos Caminos
Carretera a Tegucigalpa
Villanueva, Cortés
Honduras, C.A.
Tel/fax: (504) 2574-8120

PRINCIPAL

9-10 Calle 1-4 Avenida Barrio Las Acacias, Honduras
HND Tel: 2580-8025 Fax: 2550-2196

WWW.INFRADEHONDURAS.COM.HN

administracion@infradehonduras.com.hn

CAI: A3EAD2-89DEBB-6740AD-8BB1B6-80265B-F9

RANGO AUTORIZADO DEL 012-002-01-00085001 AL 012-002-01-00105000

Fecha Limite de Emision: 21/01/2022

COD.CLIENTE: CXC-000382I
CLIENTE: HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
DIRECCION: GRACIAS LEMPIRA

No. 012-002-01-00104954

SUCURSAL

Barrio Suyapa Frente a Terrenos de la UNAH
Tegucigalpa, MDC Tel: (504) 2280-8022 Fax: 2232-0497

RTN: 08019995158356
SUCURSAL: TEGUCIGALPA
FORMA DE PAGO: 30 DIAS CREDITO
FECHA: 16/08/2021
RTN: 080119995239462

ARTICULO	DESCRIPCION	CANT.	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
70-EQM-378	Resucitador de silicona Neonato	5.00	1,540.00	0.00	7,700.00
70-EQM-377	Resucitador de Silicona Pediatrico	5.00	1,540.00	0.00	7,700.00
70-EQM-556	DOPPLER FETAL SD3 (EDAN)	5.00	3,783.76	0.00	18,918.80
TOTAL				0.00	34,318.80

Cilindros Facturados :

Treinta y Siete Mil Ciento Cincuenta y Seis Lempira con 62/100

O/C: 0021-2021

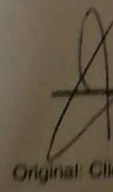
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJA LA"

No. Correlativo de orden de compra exenta	
No. Correlativo de contancia de registro exonerada	
No. Identificativo del registro de la SAG	

DESCRIPCION:

Fecha Creacion: 2021-08-16 16:46:52

IMPORTE EXONERADO	L.	0.00
IMPORTE EXENTO	L.	15,400.00
IMPORTE GRAVADO 15%	L.	18,918.80
IMPORTE GRAVADO 18%	L.	0.00
I.S.V. 15%	L.	2,837.82
I.S.V. 18%	L.	0.00
TOTAL A PAGAR	L.	37,156.62


INFRADE HONDURAS
 ELABORADO POR
ORIGINAL

AUTORIZADO POR


 RECIBI CONFORME

Original Cliente Copia Original Subscripción. Esta factura que exceda 30 días de plazo, estará sujeta a un recargo del 3% mensual a partir de la fecha de emisión.

ORIGINAL

FORMATO 01-2018-INVITACIÓN DE COTIZACIÓN

COTIZACIÓN 0013-2021

UE/GA UE 21 GA 22 HOSPITAL JUAN MANUEL GÁLVEZ

Ref. PEDIDO 0013-2021

FECHA 24-mar-21

SEÑORES BAZAR DIANA S. DE R.L.

TITULAR RTN:

RTN: 8019995291660

NOMBRE: BAZAR DIANA S. DE R.L.

ID:

DIRECCIÓN

PROVEEDOR: ANILLO PERIFERICO, PARQUE EMPRESARIAL, FRENTE A HCH.

TELÉFONOS: 2230-7118

POR ESTE MEDIO SOLICITAMOS COTIZAR LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN

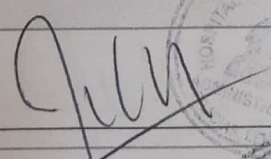

PDA	OBJ	CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	APLIC ISV	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	ISV	TOTAL
1	32100	747	YARDAS	TELA PARA UNIFORME DE COLORES		L. 55,00	L. 41.085,00	L. 6.162,75	L. 47.247,75
2	32100	576	YARDAS	TELA PARA UNIFORMES PARA ENFERMERIA BLANCO		L. 50,00	L. 28.800,00	L. 4.320,00	L. 33.120,00
3	32100	252	YARDAS	TELA PARA UNIFORMES PARA ENFERMERIA CELESTE		L. 50,00	L. 12.600,00	L. 1.890,00	L. 14.490,00
4	32100	30	YARDAS	TELA COLOR BLANCO PARA PANTALON (HOMBRE)		L. 58,00	L. 1.740,00	L. 261,00	L. 2.001,00
5	32100	12	YARDAS	TELA COLOR CELESTE PARA PANTALON (HOMBRE)		L. 58,00	L. 696,00	L. 104,40	L. 800,40
6	32100	60	YARDAS	TELA COLOR BLANCO TROPICAL		L. 58,00	L. 3.480,00	L. 522,00	L. 4.002,00
7	32100	6	YARDAS	TELA COLOR BLANCO GABARDINA		L. 58,00	L. 348,00	L. 52,20	L. 400,20
8	32100	400	YARDAS	TELA IMPERMIABLE PARA BATAS		L. 60,00	L. 24.000,00	L. 3.600,00	L. 27.600,00
9	32310	108	C/U	PANTALON JEANS PARA HOMBRE		L. 250,00	L. 27.000,00	L. 4.050,00	L. 31.050,00
10	32310	15	C/U	PANTALON JEANS STRECH PARA MUJER		L. 250,00	L. 3.750,00	L. 562,50	L. 4.312,50
11	32310	108	C/U	CAMISETA TIPO POLO PARA HOMBRE		L. 185,00	L. 19.980,00	L. 2.997,00	L. 22.977,00
12	32310	15	C/U	CAMISETA TIPO POLO PARA MUEJER		L. 185,00	L. 2.775,00	L. 416,25	L. 3.191,25
13	32310	6	C/U	CAMISETAS CELESTE PARA LIC. ENFERMERIA (VARONES)		L. 185,00	L. 1.110,00	L. 166,50	L. 1.276,50
14	32310	15	C/U	CAMISETAS BLANCA PARA AUXI. ENFERMERIA (VARONES)		L. 185,00	L. 2.775,00	L. 416,25	L. 3.191,25
14	14	14	14	14	0	14	L. 170.139,00	L. 25.520,85	L. 195.659,85

NOTA IMPORTANTE: Señor proveedor, le agradecemos escribir los datos que se le solicitan; Ya que si usted es seleccionado para dicha cotización, no tenga problema alguno para reclamar su pago. *Las cotizaciones no deben de presentar alteraciones tales como: Borriones, Remarcados y Tachaduras*

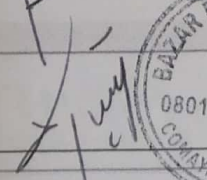

RESUMEN

SUBTOTAL	L.	170.139,00
ISV 15%	L.	25.520,85
TOTAL	L.	195.659,85

UNIDAD COTIZADORA

FIRMA Y SELLO:   FECHA: 24 / 03 / 2021

PROVEEDOR

FIRMA Y SELLO:   FECHA: 10 / 04 / 2021

**HOSPITAL DR. JUAN MANUEL GALVEZ
GRACIAS, LEMPIRA**

Formato 002-2019-Orden de compra

Orden de Compra: 0013-2021

UE/GA 21 22 Hospital Juan Manuel Galvez

Cotización: 0013-2021

Lugar: **Gracias, Lempira**

Pedido: 0013-2021

Fecha: 20-may-21

Proveedor: **BAZAR DIANA S DE R L**

Dirección: **ANILLO PERIFERICO, PARQUE EMPRESARIAL, FRENTE A HCH**

TELÉFONO: **2230-7118**

Estructura Presupuestaria

Mes / Año	Título	Actividad / Obra	Prog.	Sub Programa	Fuente	Otro
may-21	60	01	20	00	11	

Objeto Gasto	Pda	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Aplica ISV	Precio Unitario	Sub Total	ISV	Total
32100				HILADOS Y TELAS					
	1	747	YARDA	TELA PARA UNIFORME DE COLORES	SI	L 55.00	L 41,085.00	L 6,162.75	L 47,247.75
	2	576	YARDA	TELA PARA UNIFORMES PARA ENFERMERIA BLANCO	SI	L 50.00	L 28,800.00	L 4,320.00	L 33,120.00
	3	252	YARDA	TELA PARA UNIFORMES PARA ENFERMERIA CELESTE	SI	L 50.00	L 12,600.00	L 1,890.00	L 14,490.00
	4	30	YARDA	TELA COLOR BLANCO PARA PANTALON (HOMBRE)	SI	L 58.00	L 1,740.00	L 261.00	L 2,001.00
	5	12	YARDA	TELA COLOR CELESTE PARA PANTALON (HOMBRE)	SI	L 58.00	L 696.00	L 104.40	L 800.40
	6	60	YARDA	TELA COLOR BLANCO TROPICAL	SI	L 58.00	L 3,480.00	L 522.00	L 4,002.00
	7	6	YARDA	TELA COLOR BLANCO GABARDINA	SI	L 58.00	L 348.00	L 52.20	L 400.20
	8	400	YARDA	TELA IMPERMIABLE PARA BATAS	SI	L 60.00	L 24,000.00	L 3,600.00	L 27,600.00
				ACT. 001 LPS. 129,661.35					
32310				PRENDAS DE VESTIR					
	9	108	C/U	PANTALON JEANS PARA HOMBRE	SI	L 250.00	L 27,000.00	L 4,050.00	L 31,050.00
	10	15	C/U	PANTALON JEANS STRECH PARA MUJER	SI	L 250.00	L 3,750.00	L 562.50	L 4,312.50
	11	108	C/U	CAMISETA TIPO POLO PARA HOMBRE	SI	L 185.00	L 19,980.00	L 2,997.00	L 22,977.00
	12	15	C/U	CAMISETA TIPO POLO PARA MUJER	SI	L 185.00	L 2,775.00	L 416.25	L 3,191.25
	13	6	C/U	CAMISETAS CELESTE PARA LIC. ENFERMERIA (VARONES)	SI	L 185.00	L 1,110.00	L 166.50	L 1,276.50
	14	15	C/U	CAMISETAS BLANCA PARA AUXI. ENFERMERIA (VARONES)	SI	L 185.00	L 2,775.00	L 416.25	L 3,191.25
				ACT. 001 LPS. 65,998.50					
2	14	14	14	18	14	14	L 170,139.00	L 25,520.85	L 195,659.85

PRENDAS DE VESTIR, HILADOS Y TELAS QUE SERAN UTILIZADAS EN UNIFORMES DE EMPLEADOS DE ESTE HOSPITAL DURANTE EL AÑO DOS MIL VEINTIUNO

Resumen	
Sub-Total	L 170,139.00
Imp. S. Ventas	L 25,520.85
Total	L 195,659.85

Valor en letras: CIENTO NOVENTA Y CINCO MILSEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE LEMPIRAS CON 85/100

Plazo y lugar de entrega: Inmediatamente despues de recibida la orden debidamente aprobada sera entregada en la Bodega del Hospital Juan Manuel Gálvez en la Ciudad de Gracias, Lempira en un plazo maximo de 10 dias habiles

[Firma]
 LIC. JAIRO FLA VIANO ESPINOZA ROSA
 No. Identidad 1301-1983-00237
 Administrador

[Firma]
 DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ
 No. Identidad 0301-1977-00590
 Directora

UE	GA
21	22

Hospital Juan Manuel Galvez

R. Adjudicación: 0013-2021
 Orden de Compra: 0013-2021
 Cotización: 0013-2021
 Pedido: 0013-2021
 F-01: 00271
 Fecha: 2-ago-21

Almacén de Recepción: **Almacén Hospital Dr. Juan Manuel Galvez**

Proveedor: **BAZAR DIANA S DE R L**

Dirección: **ANILLO PERIFERICO, PARQUE EMPRESARIAL, FRENTE A HCH**

Teléfono(s): **2230-7118 - 22371059**

Objeto Gasto	Pda.	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Apli. ISV	Precio Unitario	Sub-Total	ISV	Total
32100	1	747	YARDAS	TELA PARA UNIFORME DE COLORES	SI	L 55.00	L 41,085.00	L 6,162.75	L 47,247.75
32100	2	576	YARDAS	TELA PARA UNIFORMES PARA ENFERMERIA BLANCO	SI	L 50.00	L 28,800.00	L 4,320.00	L 33,120.00
32100	3	252	YARDAS	TELA PARA UNIFORMES PARA ENFERMERIA CELESTE	SI	L 50.00	L 12,600.00	L 1,890.00	L 14,490.00
32100	4	30	YARDAS	TELA COLOR BLANCO PARA PANTALON (HOMBRE)	SI	L 58.00	L 1,740.00	L 261.00	L 2,001.00
32100	5	12	YARDAS	TELA COLOR CELESTE PARA PANTALON (HOMBRE)	SI	L 58.00	L 696.00	L 104.40	L 800.40
32100	6	60	YARDAS	TELA COLOR BLANCO TROPICAL	SI	L 58.00	L 3,480.00	L 522.00	L 4,002.00
32100	7	6	YARDAS	TELA COLOR BLANCO GABARDINA	SI	L 58.00	L 348.00	L 52.20	L 400.20
32100	8	400	YARDAS	TELA IMPERMIABLE PARA BATAS	SI	L 60.00	L 24,000.00	L 3,600.00	L 27,600.00
32310	9	108	C/U	PANTALON JEANS PARA HOMBRE	SI	L 250.00	L 27,000.00	L 4,050.00	L 31,050.00
32310	10	15	C/U	PANTALON JEANS STRECH PARA MUJER	SI	L 250.00	L 3,750.00	L 562.50	L 4,312.50
32310	11	108	C/U	CAMISETA TIPO POLO PARA HOMBRE	SI	L 185.00	L 19,980.00	L 2,997.00	L 22,977.00
32310	12	15	C/U	CAMISETA TIPO POLO PARA MUJER	SI	L 185.00	L 2,775.00	L 416.25	L 3,191.25
32310	13	6	C/U	CAMISetas CELESTE PARA LIC. ENFERMERIA (VARONES)	SI	L 185.00	L 1,110.00	L 166.50	L 1,276.50
32310	14	15	C/U	CAMISetas BLANCA PARA AUXI. ENFERMERIA (VARONES)	SI	L 185.00	L 2,775.00	L 416.25	L 3,191.25
14	14	14	14	14	14	14	L 170,139.00	L 25,520.85	L 195,659.85

Resumen		
Sub Total	L	170,139.00
ISV	L	25,520.85
Total	L	195,659.85


EDUARDO SEBASTIAN BENITES RAPALO
 ID. 1301-1991-00054
 Jefe de Almacén General

(LIC. JAIRO ASPINOZA ROSA)
 No. 1301-1983-00237
 Administrador
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ



(BAZAR DIANA S DE R L)
 RTN. 08019995291660
 Proveedor

(DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ)
 No. 0301-1977-00590
 Director
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ



BAZAR DIANA, S. DE R. L.

4ta. Avenida, entre 7ma. y 8va. Calle. Comayagüela, M.D.C.
TELÉFONOS: 2237-1059 - 2237-3588 - FAX: 2237-6381
R.T.N. 08019995291660

DIA	MES	AÑO
02	08	2021

RECIBO No. **010192**

Por Lps. 195,659.85

RECIBÍ DE: Tesorería General De la Republica

LA SUMA DE: Ciento noventa y cinco Mil Seientos cincuenta y nueve IPS con $\frac{85}{100}$

POR: Cancelación de factura N-000-001-01-00029947
Segun Orden De compra N-0013-2021

CHEQUE # _____ BANCO _____

SALDO ANTERIOR	SU ABONO	SALDO ACTUAL
Lps. <input type="text"/>	Lps. <input type="text"/>	Lps. <input type="text"/>



Por Bazar Diana, S. de R.L.

Tareck Massou 0801-1979-14735

R.T.N.: 08019995291660

E-mail: samisabat@hotmail.com / Teléfono.: 2237-1059 / 9992-3717

DIA	MES	AÑO
02	08	2021

CAI: 78E177-D1C55B-4F44A5-6F822A-83ADE3-46

CONTADO CREDITO

Fecha Límite de Emisión: 20/04/2022
Rango Autorizado: 000-001-01-00029851 al 000-001-01-00030600

CLIENTE: Hospital Juan Manuel Galvez

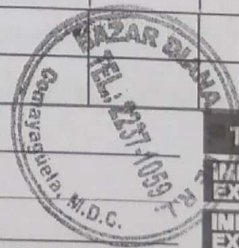
R.T.N.: _____

DIRECCIÓN: Gracias Limpita

TEL.: _____

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNIDAD	DESCUENTOS Y REBAJAS	TOTAL
747	yardas Tela Para uniformes de colores	55.00		41,085.00
576	yardas Tela Para uniformes Para Enfermeria Blanco	50.00		28,800.00
252	yardas Tela Para uniformes Para Enfermeria Celeste	50.00		12,600.00
30	yardas Tela color blanco Para Pantalón (Hombre)	58.00		1,740.00
12	yardas Tela color Celeste Para Pantalón (Hombre)	58.00		696.00
60	yardas Tela color Blanco Tropical	58.00		3,480.00
6	yardas Tela color Blanco Subardina	58.00		348.00
400	yardas Tela Impermeable para batas	60.00		24,000.00
108	unds Pantalón Jeans Para Hombre	250.00		27,000.00
15	unds Pantalón Jeans Stretch Para Mujer	250.00		3,750.00
108	unds Camiseta TIPO Polo Para Hombre	185.00		19,980.00
15	unds Camiseta TIPO Polo Para Mujer	185.00		2,775.00
6	unds Camisas Celeste	185.00		1,110.00
15	unds Camisas Blanca Para Enfermeria	185.00		2,775.00

pd1-2021



No de orden de compra exenta: _____
No. Constancia de registro de exoneración: _____
No. Registro SAG: _____

CANTIDAD EN LETRAS ciento noventa y cinco mil seiscientos cincuenta y nueve lempiras con 29/100

FACTURA No. 000-001-01-00029947

La Factura es Beneficio de Todos, "Exijala"

Original: Cliente / Copia Rosada: Obligado Tributario Emisor / Copia Amarilla: Archivo
LITOGRAFIA EXCELPRINT S. DE R.L. / TEL 2220-4743/6597 / R.T.N.: 08019002277999 / CERTIFICADO DEI: 9231-15-10500-55

TOTAL	L.	
IMPORTE EXONERADO	L.	
IMPORTE EXENTO	L.	
IMPORTE GRABADO 15%	L.	170,139.00
IMPORTE GRABADO 18%	L.	
I.S.V. 15%	L.	25,520.25
I.S.V. 18%	L.	
TOTAL A PAGAR	L.	195,659.25

SECRETARÍA DE SALUD

INVITACIÓN DE COTIZACIÓN

FORMATO 01-2018-INVITACIÓN DE COTIZACIÓN

COTIZACIÓN 0036-2021

UE/GA UE 21 GA 22 HOSPITAL JUAN MANUEL GÁLVEZ

Ref. PEDIDO 0036-2021

FECHA 8-jun-21

SEÑORES BAZAR DIANA S. DE R.L.

TITULAR RTN: _____

RTN: RTN: 08019995291660

NOMBRE: _____

ID: _____

DIRECCIÓN TEGUACIGALPA, ANILLO PERIFERICO EN EL PARQUE EMPRESARIAL

PROVEEDOR: FRENTE A OFICINAS HCH

TELÉFONOS: 9882-2862 Tareck Massou

POR ESTE MEDIO SOLICITAMOS COTIZAR LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN

PDA	OBJ	CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	APLIC ISV	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	ISV	TOTAL
1	32100	1800	YARDAS	TELA DRACON COLOR VERDE JADE DE 90"		L. 58.00	L. 104,400.00	L. 15,660.00	L. 120,060.00
2	32100	500	YARDAS	TELA DRACON COLOR AMARILLO DE 90"		L. 58.00	L. 29,000.00	L. 4,350.00	L. 33,350.00
3	32100	500	YARDAS	TELA DACRON COLOR AZUL DE 90"		L. 58.00	L. 29,000.00	L. 4,350.00	L. 33,350.00
4	32100	400	YARDAS	TELA DACRON COLOR ROSADO DE 90"		L. 58.00	L. 23,200.00	L. 3,480.00	L. 26,680.00
5	32100	500	YARDAS	TELA PARA TOALLA DE QUIROFANO		L. 100.00	L. 50,000.00	L. 7,500.00	L. 57,500.00
6	32100	300	YARDAS	TELA DRACON ESTAMPADA PARA PIAMA DE NIÑO		L. 40.00	L. 12,000.00	L. 1,800.00	L. 13,800.00
6	6	6	6	6	0	6	L. 247,600.00	L. 37,140.00	L. 284,740.00

NOTA IMPORTANTE: Señor proveedor, le agradecemos escribir los datos que se le solicitan; Ya que si usted es seleccionado para dicha cotización, no tenga problema alguno para reclamar su pago. Las cotizaciones no deben de presentar alteraciones tales como: Borrnes, Remarcados y Tachaduras

RESUMEN

SUBTOTAL	L.	247,600.00
ISV 15%	L.	37,140.00
TOTAL	L.	284,740.00

UNIDAD COTIZADORA

FIRMA Y SELLO: _____

FECHA: 08/06/2021

PROVEEDOR

FIRMA Y SELLO: _____

FECHA: 24/06/2021

UE/GA 21 22 Hospital Juan Manuel Galvez

Lugar: **Gracias,Lempira**

Cotización: 036-2021

Pedido: 036-2021

Fecha: 13-jul-21

Proveedor: **BAZAR DIANA S. DE R.L**

Dirección: **ANILLO PERIFERICO, PARQUE EMPRESARIAL FRENTE A OFICINAS DE HCH**

TELÉFONO: **2237-1059**

Estructura Presupuestaria

Mes / Año	Título	Actividad / Obra	Prog.	Sub Programa	Fuente	Otro
jul-21	60	01	20	00	11	

Objeto Gasto	Pda	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Aplica ISV	Precio Unitario	Sub Total	ISV	Total
32310				HILADOS Y TELAS					
	1	1100	YARDAS	TELA DACRON COLOR VERDE DE 90"	SI	L 58.00	L 63,800.00	L 9,570.00	L 73,370.00
	2	300	YARDAS	TELA DACRON COLOR AMARILLO 90"	SI	L 58.00	L 17,400.00	L 2,610.00	L 20,010.00
	3	300	YARDAS	TELA DACRON COLOR AZUL DE 90"	SI	L 58.00	L 17,400.00	L 2,610.00	L 20,010.00
	4	300	YARDAS	TELA DACRON COLOR ROSADO DE 90"	SI	L 58.00	L 17,400.00	L 2,610.00	L 20,010.00
	5	344	YARDAS	TELA PARA TOALLA DE QUIROFANO	SI	L 100.00	L 34,400.00	L 5,160.00	L 39,560.00
	6	201	YARDAS	TELA DACRON ESTAMPADA PARA PIJAMA DE NIÑO	SI	L 40.00	L 8,040.00	L 1,206.00	L 9,246.00
				ACT. 01 LPS. 182,206.00			L -		L -
1					6	6	L 158,440.00	L 23,766.00	L 182,206.00

Resumen: HILADOS Y TELAS QUE SERAN UTILIZADAS EN LA CONFECCION DE SABANAS Y CAMPOS PARA QUIROFANO, BATAS DE ADULTO Y PIJAMAS DE NIÑOS QUE SE ENCUENTRAN INTERNOS EN ESTE HOSPITAL DURANTE UN TIEMPO INDEFINIDO.


Resumen	
Sub-Total	L 158,440.00
Imp. S. Ventas	L 23,766.00
Total	L 182,206.00

Valor en letras: **CIENTO OCHENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SEIS LEMPIRAS EXACTOS**

Plazo y lugar de entrega: **Inmediatamente despues de recibida la orden debidamente aprobada sera entregada en la Bodega del Hospital Juan Manuel Gálvez en la Ciudad de Gracias,Lempira en un plazo no mayor a 10 dias habiles**

Jairo Espinoza

 LIC. JAIRO FRAVIANO ESPINOZA ROSA
 No. Identidad 1201-1983-00237
 Administrador

Gracia Chavez

 DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ
 No. Identidad 0301-1977-00590
 Director

BAZAR DIANA, S. DE R. L.

4ta. Avenida, entre 7ma. y 8va. Calle. Comayagüela, M.D.C.
TELÉFONOS: 2237-1059 - 2237-3588 - FAX: 2237-6381

R.T.N. 08019995291660

DIA	MES	AÑO
02	08	2021

RECIBO No. 010193

Por Lps. 182,206.00

RECIBÍ DE: Tesorería General De la Republica

LA SUMA DE: Ciento ochenta y dos mil Dociientos Seis Lempiras exactos

POR: Cancelación de Factura N. 000-001-01-00029948
Segun Orden de compra N. CM-036-2021

CHEQUE # _____ BANCO _____

SALDO ANTERIOR	SU ABONO	SALDO ACTUAL
Lps. []	Lps. []	Lps. []



Por Bazar Diana, S. de R.L.

Tareh Masou 0801-1979-14735

Gracias

Fecha Elaboración:

14/07/2021

DOCUMENTOS DE:

Precompromiso

00462

BAZAR DIANA, S. de R.L.

Barrio Concepción, 4ta. Avenida, 7 y 8 calle, Casa No. 1011
 Municipio del Distrito Central, Francisco Morazán, Honduras, C.A.
 E-mail: samisabat@hotmail.com / Teléfono.: 2237-1059 / 9992-3717

R.T.N.: 08019995291660

CAI: 78E177-D1C55B-4F44A5-6F822A-83ADE3-46

Fecha Límite de Emisión: 20/04/2022

DÍA	MES	AÑO
02	08	2021

CONTADO CREDITO

Rango Autorizado: 000-001-01-00029851 al 000-001-01-00030600

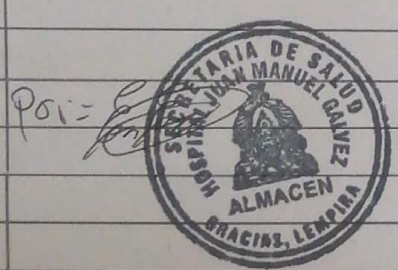
CLIENTE: Hospital Juan Manuel Galvez

R.T.N.:

DIRECCIÓN: Gracias Lempira

TEL.:

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNIDAD	DESCUENTOS Y REBAJAS	TOTAL
1,100	yardas tela Dacron color verde de 90"	58.00		63,800.00
300	yardas tela Dacron color Amarillo de 90"	58.00		17,400.00
300	yardas tela Dacron color Azul de 90"	58.00		17,400.00
300	yardas tela Dacron color Rosado de 90"	58.00		17,400.00
344	yardas tela Para Toalla de Obisofano	100.00		34,400.00
201	Yardas Tela Dacron Estampada Para Pijama De niños.	40.00		8,040.00



No de orden de compra exenta:
 No. Constancia de registro de exoneración:
 No. Registro SAG

CANTIDAD EN LETRAS ciento ochenta y dos mil Dócientos Seis lempiras exactos

TOTAL	L.	
IMPORTE EXONERADO	L.	
IMPORTE EXENTO	L.	
IMPORTE GRABADO 15%	L.	158,440.00
IMPORTE GRABADO 18%	L.	
I.S.V. 15%	L.	23,766.00
I.S.V. 18%	L.	
TOTAL A PAGAR	L.	182,206.00

FACTURA No. 000-001-01-00029948

La Factura es Beneficio de Todos, "Exijala"

Original Cliente / Copia Rosada Obligado Tributario Emisor / Copia Amarilla: Archivo
 LITOGRAFIA EXCELPRINT S. DE R.L. / TEL. 2220-4743/6597 / R.T.N. 08019002277999 / CERTIFICADO DEI 9231-15-10500-55



R. Adjudicación: 0036-2021
 Orden de Compra: 0036-2021
 Cotización: 0036-2021
 Pedido: 0036-2021
 F-01: 00462
 Fecha: 2-ago-21

UE	GA
21	22

Hospital Juan Manuel Galvez

Almacén de Recepción: Almacén Hospital Dr. Juan Manuel Galvez
 Proveedor: BAZAR DIANA S DE RL
 Dirección: ANILLO PERIFERICO, PARQUE EMPRESARIAL, FRENTE A HCH
 Teléfono(s): (2230-7118) 2237 1059

Objeto Gasto	Pda.	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Apli. ISV	Precio Unitario	Sub-Total	ISV	Total
32100	1	1100	YARDAS	TELA DRACON COLOR VERDE JADE DE 90"	SI	L 58.00	L 63,800.00	L 9,570.00	L 73,370.00
32100	2	300	YARDAS	TELA DRACON COLOR AMARILLO DE 90"	SI	L 58.00	L 17,400.00	L 2,610.00	L 20,010.00
32100	3	300	YARDAS	TELA DACRON COLOR AZUL DE 90"	SI	L 58.00	L 17,400.00	L 2,610.00	L 20,010.00
32100	4	300	YARDAS	TELA DACRON COLOR ROSADO DE 90"	SI	L 58.00	L 17,400.00	L 2,610.00	L 20,010.00
32100	5	344	YARDAS	TELA PARA TOALLA DE QUIROFANO	SI	L 100.00	L 34,400.00	L 5,160.00	L 39,560.00
32100	6	201	YARDAS	TELA DRACON ESTAMPADA PARA PUAMA DE NIÑO	SI	L 40.00	L 8,040.00	L 1,206.00	L 9,246.00
6	6	6	6	6	6	6	L 158,440.00	L 23,766.00	L 182,206.00

Resumen		
Sub Total	L	158,440.00
ISV	L	23,766.00
Total	L	182,206.00

EDUARDO SEBASTIAN BENITES RAPALO
 ID. 1301-1991-00054
 Jefe de Almacén General

[Signature]
 (LIC. JAIRO ESPINOZA ROSA)
 No. 1301-1983-00237
 Administrador
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ



(BAZAR DIANA S DE RL)
 RTN. 08019995291660
 Proveedor

[Signature]
 (DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ)
 No. 0301-1977-00590
 Director
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ



UE/GA **UE 21 GA 22 HOSPITAL JUAN MANUEL GÁLVEZ**

Ref. PEDIDO 030-2021

FECHA 31-may-21

SEÑORES **AGENCIA MATAMOROS S.DE R.L.**

TITULAR RTN: **AGENCIA MATAMOROS S.DE R.L.**

RTN: **05019002064370**

NOMBRE:

ID:

DIRECCIÓN
PROVEEDOR: **BARRIO ARENALES SECTOR CALPULES FTE A COLONIA DEL VALLE S.P.S.**

TELÉFONOS: **2559-9725**

POR ESTE MEDIO SOLICITAMOS COTIZAR LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN

PDA	OBJ	CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	APLIC ISV	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	ISV	TOTAL
1	39530	3000	C/U	BOLSA RECOLECTORA DE ORINA ADULTO	N/A	L. 7.50	L. 22,500.00		L. 22,500.00
2	39530	6,000	C/U	BOLSA RECOLECTORA DE ORINA PEDIATRICA		L. -	L. -	L. -	
3	39530	5,000	PAR	GUANTE ESTERIL #6		L. -	L. -	L. -	
4	39530	15	C/U	HEMOVAC 1/4 X 400 ML		L. -	L. -	L. -	
5	39530	15	C/U	HEMOVAC 1/4 X600 ML		L. -	L. -	L. -	
6	39530	15	C/U	HEMOVAC 1/8 X 400 ML		L. -	L. -	L. -	
7	39530	15	C/U	HEMOVAC 1/8 X600 ML		L. -	L. -	L. -	
8	39530	200	C/U	SONDA FOLEY #16 3 VIAS		L. -	L. -	L. -	
9	39530	30	C/U	PLEUROVAC		L. -	L. -	L. -	
10	39530	300	C/U	NILON 1-0 AGUJA CORTANTE #24 O 26 MM	N/A	L. 1,100.00	L. 33,000.00		L. 33,000.00
11	39530	100	C/U	NILON 5-0 AGUJA CORTANTE #24 O 26 MM		L. -	L. -	L. -	
12	39530	140	C/U	VICRIL 2-0 AGUJA REDONDA #37MM		L. -	L. -	L. -	
13	39530	1000	C/U	CROMICO # 2.0 DE 37 MM	N/A	L. 50.00	L. 7,000.00		L. 7,000.00
14	39530	1000	C/U	CROMICO #3.0 DE 37 MM		L. -	L. -	L. -	
15	39530	500	C/U	CROMICO #3.0 DE 26 MM		L. -	L. -	L. -	
16	39530	1000	C/U	SONDA SUCCION #8		L. -	L. -	L. -	
16	16	16	16	16	3	16	L. 62,500.00	L. -	L. 62,500.00

NOTA IMPORTANTE: Señor proveedor, le agradecemos escribir los datos que se le solicitan; Ya que si usted es seleccionado para dicha cotización, no tenga problema alguno para reclamar su pago. *Las cotizaciones no deben de presentar alteraciones tales como: Borriones, Remarcados y Tachaduras*

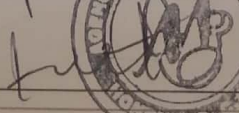
RESUMEN

SUBTOTAL	L.	62,500.00
ISV 15%	L.	-
TOTAL	L.	62,500.00

UNIDAD COTIZADORA

FIRMA Y SELLO:   FECHA: 31 / 5 / 2021

PROVEEDOR

FIRMA Y SELLO:   FECHA: 07 / 06 / 2021



SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL DR. JUAN MANUEL GALVEZ GRACIAS, LEMPIRA



SECRETARÍA DE SALUD

Formato 002-2019-Orden de compra

UE/GA 21 22 Hospital Juan Manuel Galvez

Lugar: **Gracias, Lempira**

Orden de Compra: 0030-2021-A

Cotización: 0030-2021

Pedido: 0030-2021

Fecha: 13-jul-21

Proveedor: **AGENCIA MATAMOROS S. DE R.L.**

Dirección:

BARRIO ARENALES SECTOR CALPLES FTE A COLONIA DEL VALLE S.P.S

TELÉFONO: **2559-9725**

Estructura Presupuestaria

Mes / Año	Título	Actividad / Obra	Prog.	Sub Programa	Fuente	Otro
jul-21	60	02	20	00	11	

Objeto Gasto	Pda	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Aplica ISV	Precio Unitario	Sub Total	ISV	Total
39530				MATERIAL MEDICO QUIRURGICO MENOR					
	1	3000	C/U	BOLSA RECOLECTORA DE ORINA ADULTO	NO	L 7.50	L 22,500.00		L 22,500.00
	9	30	C/U	PLEUROVAC	NO	L 1,100.00	L 33,000.00		L 33,000.00
				ACT.002 L. 55,500.00					L 33,000.00
1					2	2	L 55,500.00	L -	L 55,500.00

MATERIAL MEDICO QUIRURGICO MENOR QUE SERA UTILIZADO EN LAS DIFERENTES SALAS DE ESTE HOSPITAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO DOS MIL VEINTE Y UNO

Resumen:

Resumen

Sub-Total	L	55,500.00
Imp. S. Ventas	L	-
Total	L	55,500.00

Valor en letras: **CINCUENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS LEMPIRAS EXACTOS**

Plazo y lugar de entrega: Inmediatamente despues de recibida la orden de compra, la orden de compra una vez aprobada sera entregada en la Bodega del Hospital Juan Manuel Gálvez en la Ciudad de Gracias, Lempira en un plazo de 10 dias habiles

LIC. JAIRO FLAVIANO ESPINOZA ROSA
No. Identidad 1301-1984-00237
Administrador



DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ
No. Identidad 0301-1977-00590
Directora



Cotización: 0030-2021
 Pedido: 0030-2021
 F-01: 00477
 Fecha: 21-jul-21

UE **GA**
21 **22** **Hospital Juan Manuel Galvez**

Almacén de Recepción: Almacén Hospital Dr. Juan Manuel Galvez
 Proveedor: AGENCIA MATAMOROS S DE R L
 Dirección: BARRIO ARENALES SECTOR CALPULES FRENTE A COLINIA DEL VALLE, SAN PEDRO SULA,
 Teléfono(s): 2559-9725

Objeto Gasto	Pda.	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Apli. ISV	Precio Unitario	Sub-Total	ISV	Total
39530	1	3000	C/U	BOLSA RECOLECTORA DE ORINA ADULTO	NO	L 7.50	L 22,500.00		L 22,500.00
39530	9	30	C/U	PLEUROVAC	NO	L 1,100.00	L 33,000.00		L 33,000.00
2	2	2	2	2	2	2	L 55,500.00	L -	L 55,500.00

Resumen		
Sub Total	L	55,500.00
ISV	L	-
Total	L	55,500.00


EDUARDO SEBASTIAN BENITES RAPALO
 ID. 1301-1991-00054
 Jefe de Almacén General




 (LIC. JAIRO ESPINOZA ROSA)
 No. 1301-1983-00257
 Administrador
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ




 (AGENCIA MATAMOROS S DE R L)
 RTN. 0501-9002-064870
 Proveedor




 (DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ)
 No. 0301-1977-00590
 Director
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ



Fecha:



Carretera al Aeropuerto
frente a las
oficinas de tránsito
Tel.: 559-9679 • 559-9329

SAN PEDRO SULA
2da. Calle, 10 y 11 Ave.
NO. 75 Bo. El Benque
TELF. 552-3329 / 553-3720
FAX: 552-6094

TEGUCIGALPA, M. D. C.
3 Ave. 2 y 4 Calle, N° 2233
Col. Florencia Norte
TELF. 232-2067 / 239-1829
FAX: 232-2107

Por Lps. 55,500.00

RECIBO N° 6299

Recibimos de La Tesorería General de la República

La cantidad de Cincuenta y Cinco Mil Quinientos Lempiras Exactos.

En concepto de cancelación de la Factura al Crédito No. 000-001-01-00066257 Por suministro de Material médico,

según orden de compra No. 0030-2021-A, al Hospital Juan Manuel Galvez
21 de Julio del 2021 del 200

0501-1964-04299

P/AGENCIA MATAMOROS S. de R. L.



Gianna I. Flores, Gerente Ventas

R.T.N. 05019002064370

(LIC. JAIRO ESPINOZA ROSA)
No. 1301-1983-00257

(DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ)
SECRETARIA DE

Oficina Principal
 Frente a Col. del Valle
 Bo. Arenales Sector Calpules
 Tel. 2559-9041, 2559-9725
 San Pedro Sula, Honduras, C.A.

Oficina Sucursal S.P.S.
 2 Calle, 10-11 Ave, S.O. No.75
 Barrio el Benque
 Tel. 2552-3329, 2553-3720
 San Pedro Sula, Honduras, C.A.

Oficina Sucursal Tegucigalpa
 Col. Florencia Norte
 3 Av, 2-4 Cll, No.2233
 Tel. 2232-2067, 2239-1829
 Tegucigalpa M.D.C., Honduras, C.A.

Correo: contabilidad@agenciamatamoros.com

CLIENTE: Hospital Juan Manuel Galvez
 DIRECCION: Gracias, Lempira

FACTURA No. 000-001-01-00066257
 FECHA: 21/07/2021
 CAI: 8EC60D-F9FCEE-A943A8-968C69-BFC8ED-E2
 Fecha limite de emision: 28/06/2022
 FACTURAS AUTORIZADAS:
 -000-001-01-00065501 a 000-001-01-00070500
 No. O/C EXENTA:
 No. CONSTANCIA REG. EXONERACION:
 No. REG. SAG.

RTN. CLIENTE: 08019995239462
 COD.CLIENTE: 100012
 CONDICION: 30 días
 FECHA VENCE: 20/08/2021

O/C: 0030-2021-A
 VENDEDOR: KRO

Item	Und.	Descripción	Cantidad	Precio Unit.	D	Valor	ISV
21-B002	C/U	Bolsa Recolectora de Orina Adulto	3,000	7.50		22,500.00	E
168-A8000-08LF	C/U	Pleurovac	30	1,100.00		33,000.00	E



Hora: 13:09:15
 Almacen:

Por Cada Cheque Devuelto Se Cobrara L. 400.00

Firma Cliente



Subtotal	L.	55,500.00
Descuentos Y Rebajas	L.	
Importe Exonerado	L.	
Importe Exento	L.	55,500.00
Importe Gravado 15%	L.	
Importe Gravado 18%	L.	
Impuesto S/Venta 15%	L.	0.00
Impuesto S/Venta 18%	L.	
Total A Pagar	L.	55,500.00

Cincuenta y cinco mil quinientos Lps con 00 /100

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

Original: Cliente • 1er. Copia: Contabilidad • 2da. Copia: Obligado Tributario Emisor

N.F.I
 1066257

UE/GA **UE 21 GA 22 HOSPITAL JUAN MANUEL GÁLVEZ**

Ref. PEDIDO 0040-2021

FECHA 22-jul-21

SEÑORES **DROGUERIA GUARDADO S DE RL DE CV**

TITULAR RTN: **DROGUERIA GUARDADO S DE RL DE CV**

RTN: **0801-900-500-5969**

NOMBRE: **DROGUERIA GUARDADO**

ID:

DIRECCIÓN
PROVEEDOR: **COLONIA LA REFORMA EDIFICIO DISA II**

TELÉFONOS: **2237-7777**

POR ESTE MEDIO SOLICITAMOS COTIZAR LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN

PDA	OBJ	CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	APLIC ISV	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	ISV	TOTAL
1	35210	327	VIAL	OMEPRAZOL 40MG IV			L -	L -	
2	35210	7,000	TAB	NIFEDIPINA (accion prolongada) 20 mg			L -	L -	
3	35210	700	VIAL	INSULINA ISOFANICA HUMANA NPH 100UI/ml	N/A	✓ 233.50	L 163,450.00		L 163,450.00
4	35210	250	AMP	POTASIO (cloruro) 20 mEq / 10 ml	N/A	✓ 39.01	L 9,752.50		L 9,752.50
5	35210	250	AMP	MIDAZOLAM (clorhidrato) 1 mg / ml			L -	L -	
6	35210	150	VIAL	PIPERACILINA (sodica) + TAZOBACTAM (sodico) 4 g + 500 mg	N/A		L -		L -
7	35210	250	AMP	AMINOFILINA 250 mg	N/A	✓ 37.73	L 9,432.50		L 9,432.50
8	35210	2100	AMP	HIOSCINA (butilbromuro) 20 mg / ml	N/A		L -		L -
9	35210	1100	AMP	OXITOCINA 10 UI	N/A	15.02	L 16,522.00		L 16,522.00
	35210	150	AMP	CALCIO (Gluconato) 9 10% (Eq 100 mg/ ml)	N/A	✓ 51.62	L 7,743.00		L 7,743.00
	35210	10	VIAL	SUCCINILCOLINA (cloruro) 50 mg/ ml			L -	L -	
	35210	30000	TAB	FUROSEMIDA 40mg	N/A	0.68	L 20,400.00		L 20,400.00
	35210	18000	CAP	OMEPRAZOL 20 mg	N/A	1.30	L 23,400.00		L 23,400.00
	35210	27000	TAB	ACIDO FOLICO 5 mg	N/A		L -		L -
	35210	60000	TAB	IRBESARTAN 300 mg	N/A	3.00	L 180,000.00		L 180,000.00
16	35210	18000	TAB	ATORVASTATINA 40 mg	N/A	9.92	L 178,560.00		L 178,560.00
17	35210	100	VIAL	LIDOCAINA (Sin preservantes derivados del parabeno) 2% (Eq 20 mg/ml)	N/A	✓ 45.14	L 4,514.00		L 4,514.00
18	35210	1700	AMP	TRAMADOL (Clorhidrato) 50mg/ml	N/A	50.86	L 86,462.00		L 86,462.00
12	18	18	18	18	14	11	L 700,236.00	L -	L 700,236.00

NOTA IMPORTANTE: Señor proveedor, le agradecemos escribir los datos que se le solicitan; Ya que si usted es seleccionado para dicha cotización, no tenga problema alguno para reclamar su pago. **Las cotizaciones no deben de presentar alteraciones tales como: Borriones, Remarcados y Tachaduras**

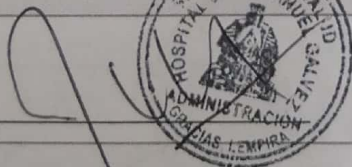
RESUMEN

SUBTOTAL	L.	700,236.00
ISV 15%	L.	-
TOTAL	L.	700,236.00

ITEM NO 09 OXITOPISA OFRECEMOS DE 5UI/1ML Y ITEM NO 18 OFRECEMOS TRAMADOL 100 MG/2 ML

UNIDAD COTIZADORA

FIRMA Y SELLO:



FECHA: **22/07/2021**

PROVEEDOR

FIRMA Y SELLO:



FECHA: **23/07/2021**

UE/GA 21 22 Hospital Juan Manuel Galvez

Cotización: 0040-2021

Lugar: Gracias, Lempira

Pedido: 0040-2021

Fecha: 17-ago-21

Proveedor: **DROGUERIA GUARDADO S. DE R.L. DE C.V.**

TELÉFONO: **2237-7777**

Dirección:

COLONIA LA REFORMA EDIFICIO DISA II

Estructura Presupuestaria

Mes / Año	Título	Actividad / Obra	Prog.	Sub Programa	Fuente	Otro
ago-21	60	02	20	00	11	

Objeto Gasto	Pda	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Aplica ISV	Precio Unitario	Sub Total	ISV	Total
35210				PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES VARIOS					
	17	100	VIAL	LIDOCAINA (SIN PRESERVANTES DERIVADOS DEL PARABENOL) 2% (EQ 20MG/ML)	NO	L 45.14	L 4,514.00		L 4,514.00
				ACT. 002 LPS. 4,514.00			L -		L -
							L -		L -
							L -	L -	L -
1					1	1	L 4,514.00	L -	L 4,514.00

Resumen: PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES VARIOS QUE SERAN UTILIZADO EN LA FARMACIA DE ESTE HOSPITAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO DOS MI VEINTE Y UNO

Resumen		
Sub-Total	L	4,514.00
Imp. S. Ventas	L	-
Total	L	4,514.00

Valor en letras: **CUATRO MIL QUINIENTOS CATORCE LEMPIRAS EXACTOS**

Plazo y lugar de entrega: Inmediatamente despues de recibida la orden debidamente aprobada sera entregada en la Bodega del Hospital Juan Manuel Galvez en la Ciudad de Gracias, Lempira en un plazo maximo de 10 dias habiles



DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ
No. Identidad 0301-19-000591
Directora



Cotización: 0040-2021
 Pedido: 0040-2021
 F-01: 00570
 Fecha: 20-ago-21

UE	GA
21	22

Hospital Juan Manuel Galvez

Almacén de Recepción: Almacén Hospital Dr. Juan Manuel Galvez
 Proveedor: DROGUERIA GUARDADO S DE RL DE CV
 Dirección: COLONIA LA REFORMA EDIFICIO DISA II
 Teléfono(s): 2237-7777

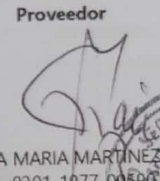
Objeto Gasto	Pda.	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Apli. ISV	Precio Unitario	Sub-Total	ISV	Total
35210	17	100	VIAL	LIDOCAINA (Sin preservantes derivados del parabeno) 2% (Eq 20 mg/ml)	NO	L 45.14	L 4,514.00		L 4,514.00
1	1	1	1	1	1	1	1	0	1

Resumen		
Sub Total	L	4,514.00
ISV	L	-
Total	L	4,514.00


 SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
 GRACIAS A EMPÍRICA, LEMPIRA
EDUARDO SEBASTIAN BENITES RODRIGUEZ
 ID. 1301-1991-00000000
 Jefe de Almacén General

(DROGUERIA GUARDADO S DE RL DE CV)
 RTN. 0801-9005005969
Proveedor


 SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
 ADMINISTRACION
 GRACIAS A EMPÍRICA, LEMPIRA
 (LIC. JAIRO ESPINOZA RODRIGUEZ)
 No. 1301-1983-002300000000
Administrador
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ


 SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
 LEMPIRA, HONDURAS
 (DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ)
 No. 0301-1977-005900000000
Director
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ




SECRETARIA DE SALUD

Fecha:

Recibo por L.4,514.00

Recibimos de la **TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA** la cantidad de **CUATRO MIL QUINIENTOS CATORCE LEMPIRAS EXACTOS (L.4,514.00)** en concepto de cancelación de factura N° 000-002-01-00104433 según orden de compra N° 0040-2021 al **Hospital Juan Manuel Gálvez**

Para lo cual firmo el presente recibo a los 20 días del mes de Agosto del 2021.



Emely Aviles
Cotizaciones y licitaciones

Drogueria Guardado S. de R.L. de C.V.
 Col. La Reforma, Edificio DISA II, Tegucigalpa MDC
 Honduras, C.A. Tel: 2238-8584 / 2237-7777
 Email: dguardado_hn@yahoo.com
 www.drogueriaguardado.com

FACTURA:
 N° 000-002-01- 00104433
 Fecha Limite de Emision: 08/04/2022
 Guia:41305 Orden de Compra: OC0040-2021

Original

1630
 HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
 RTN:0801-9995-234692
 Gracias Lempira frente a la Gasolinera San Cristob
 as del Rosario
 Gracias, Lempira
 9577-9314 / 2656-1425
 N° ORDEN DE COMPRA EXENTA:
 N° CONSTANCIA REGISTRO EXONERADO:
 N° DEL REGISTRO DE LA S.A.G.:

Fecha: 20/08/2021
Zona: 026
Vendedor: 006
 Nery A. Alfaro/ Occidente
Hora: 16:42:46

Plazo: CONTADO

Articulo	Cant.	Boni.	Descripcion	Lote	Unidad	Precio	Desc. A	Desc. F	Total
003079	100	0	LIDOCAINA (SIN PRESERVANTES DERIVADOS DEL PARABENO	0723	UNIDD1 L	45.1400	0.00	0.00	L 4,514.0000

Fitamin Quicktest Cafuné

FACTURA POR	REVISÓ FACT.	REVISÓ MERCAD.	EMPACO
<p>CUATRO MIL QUINIENTOS CATORCE LEMPIRAS CON 00/100 SON</p>			
<p>ACEPTAMOS DEVOLUCIONES SÓLO DENTRO DE LOS 30 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE ENTREGA</p>	<p>ESTE DOCUMENTO NO ES UN COMPROBANTE DE PAGO, EXIJA SU RECIBO DE CAJA.</p> <p>FIRMA DE RECIBIDO: <i>[Signature]</i></p>		

Total Bruto: L. 4,514.0000
Importe Exonerado: L. 0.0000
Importe Exento: L. 4,514.0000
Importe Gravado 15%: L. 0.0000
Importe Gravado 18%: L. 0.0000
I.S.V. 15%: L. 0.0000
I.S.V. 18%: L. 0.0000
Descuento Articulo: L. 0.0000
Total Descuento: L. 0.0000
Total A Pagar: L. 4,514.0000

CAI: C2444B-5BA201-954CBB-A28B29-9A0241-868440-000-002-01-00090001-000-002-01-00105000 RTN: 08019005005969

ORIGINAL: CLIENTE COPIA 1: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR COPIA 2: BODEGA **N° 092246**

UE/GA UE 21 GA 22 HOSPITAL JUAN MANUEL GÁLVEZ

SEÑORES INFRA DE HONDURAS

TITULAR RTN: INFRA DE HONDURAS SA DE CV

RTN: 0801-9995-158356

NOMBRE: _____

ID: _____

DIRECCIÓN 3ERA. AVE. 9-10 CALLE N.65. BARRIO LAS ACACIAS SAN PEDRO SULA

PROVEEDOR: CORTES

TELÉFONOS: 2580-8025/2280-8022

POR ESTE MEDIO SOLICITAMOS COTIZAR LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN

PDA	OBJ	CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	APLIC ISV	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	ISV	TOTAL
1	35260	6900	M ³	OXIGENO LIQUIDO al 99.5%	N/A	L. 28.25	L. 194,925.00		L. 194,925.00
1	1	1	1	1	1	1	L. 194,925.00	L. -	L. 194,925.00

NOTA IMPORTANTE: Señor proveedor, le agradecemos escribir los datos que se le solicitan; Ya que si usted es seleccionado para dicha cotización, no tenga problema alguno para reclamar su pago. *Las cotizaciones no deben de presentar alteraciones tales como: Borroneos, Remarcados y Tachaduras*

RESUMEN

SUBTOTAL	L.	194,925.00
ISV 15%	L.	-
TOTAL	L.	194,925.00

UNIDAD COTIZADORA

FIRMA Y SELLO: _____



FECHA: 09 / 07 / 2021

PROVEEDOR

INFRA DE HONDURAS S.A. DE C.V.

FIRMA Y SELLO: _____

FECHA: 26 / 07 / 2021

UE	GA
21	22

Hospital Juan Manuel Galvez

Almacén de Recepción: Almacén Hospital Mario Catarino Rivas
 Proveedor: INFRA DE HONDURAS S.A. DE C.V.
 Dirección: 3RA AVE 9-10 CALLE N 65 BARRIO LAS ACACIAS SAN PEDRO SULA
 Teléfono(s): 2580-8025

Objeto Gasto	Pda.	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Apli. ISV	Precio Unitario	Sub-Total	ISV	Total
35260	1	6900	M ³	OXIGENO LIQUIDO DE 220 PC AL 99.5%	NO	L 28.25	L 194,925.00		L 194,925.00
1	1	1	1	1	1	1	L 194,925.00	L -	L 194,925.00

Resumen	
Sub Total	L 194,925.00
ISV	L -
Total	L 194,925.00


 (Ing. OSCAR OMAR MOLINA)
 No. 1301-1980-00283
Recibí Conforme
Jefe Mantenimiento

INFRA DE HONDURAS S.A. DE C.V.
 (INFRA DE HONDURAS S DE RL)
 No. 0801-9995-158356
Proveedor


 (LIC. JAIRO ESPINOZA ROSA)
 No. 1301-1963-00237
Administrador
HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ




 (DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ)
 No. 0301-1977-00580
Director
HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ





SECRETARIA DE SALUD

Fecha: miércoles 11 de agosto de 2021

RECIBO POR LPS..... 194,925.00

RECIBIMOS DE LA TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA LA CANTIDAD DE CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO LEMPIRAS EXACTOS (LPS. 194,925.00) POR CONCEPTO DE SUMINISTROS EFECTUADOS AL HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ SEGÚN ORDEN DE COMPRA No.- **0039-2021** Y FACTURA No.- 012-002-01-00085147

SAN PEDRO SULA, CORTES, 04 DE AGOSTO DEL 2021

INFRA DE HONDURAS
S.A. DE C.V.

INFRA DE HONDURAS SA DE CV
R.T.N. No.- 08019995158356
ONCAE No.- 1686-2020

OLVAN RONALDO SAMAYOA
IDENTIDAD No.- 0318-1976-01322
JEFE ADMINISTRATIVO



PRINCIPAL

9-10 CALLE 3-4 AVENIDA BARRIO LAS ACACIAS, HONDURAS
 HND TEL. 2580-8025 FAX 2550-2196
 WWW.INFRADEHONDURAS.COM.HN
 adminstracion@infradehonduras.com.hn

SUCURSAL

BARRIO SUYAPA FRENTE A TERRENOS DE LA UNAH
 TEGUCIGALPA, MDC TEL: (504) 2280-8022 FAX 2232-0497
 RTN - 0801-9995-158356

CONTADO
 CREDITO

FACTURA

No.- 012-002-01- 00085147

CAI: A3EAD2-89DEBB-6740AD-8BB1B6-80265B-F9

NOMBRE DEL CLIENTE:
DIRECCION :
FECHA:
ENTREGAR A :

HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
 GRACIAS LEMPIRA
 04 DE AGOSTO DEL 2021
 ORDEN DE COMPRA No.- 0039-2021

CANT.	ARTICULO	DESCRIPCION	P. UNITARIO	DESC.REB. OTORGADOS	TOTAL
6900	MTS3	OXIGENO LIQUIDO POR MTS3, AL 99.5% DE PUREZA	28.25	-	194,925.00
				-	-
				-	-
				-	-
				-	-
				-	-
				IMPORTE EXONERADO	-
				IMPORTE EXENTO	194,925.00
				IMPORTE GRAVADO 15%	-
				IMPORTE GRAVADO 18%	-
				I.S.V. 15%	-
				I.S.V. 18%	-
				TOTAL LPS.	194,925.00

<u>No. O/C Exenta</u>	<u>No.Registro Exonerado</u>	<u>No.de Registro de la SAG</u>
_____	_____	_____

SUMINISTRO DE OXIGENO A PIE DE CAMA MEDIANTE REDES Y EQUIPOS EN COMOTADO.

[Handwritten Signature]
 FIRMA DEL CLIENTE

INFRA DE HONDURAS S.A. DE C.V.
[Handwritten Signature]
 FIRMA AUTORIZADA
 OLVAN RONALDO SAMAYOA
 JEFE ADMINISTRATIVO

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| Oficina Matriz
3a. Ave. N.O. # 65
entre 9 y 10 calle
Bo. Las Acacias
S.P.S, Honduras, C.A.
Tel. (504) 2553-0103, (504) 2553-1191
Fax: (504) 2557-1769 | Sucursal Tegucigalpa
Boulevard Suyapa
Frente a terrenos de la U.N.A.H
Tegucigalpa M.D.C., Honduras, C.A.
Tel. (504) 2235-5213, (504) 2239-0865
Fax: (504) 2231-1986 | Sucursal La Ceiba
Carretera la Ceiba-Tela
Col. Las Delicias
500 mts. Adelante del Puente Danto
La Ceiba, Atlantida, Honduras, C.A.
Tel/Fax: (504) 2442-9671 | Sucursal Choluteca
Boulevard Enrique Weddle
Bo. Los Mangos
Choluteca, Choluteca
Honduras, C.A.
Tel/Fax: (504) 2882-4655 | Planta
Km. 18.5
Aldea Dos Caminos
Carretera a Tegucigalpa
Villanueva, Cortés
Honduras, C.A.
Tel/fax: (504) 2574-8120 |
|--|---|---|---|---|

UE/GA **UE 21 GA 22 HOSPITAL JUAN MANUEL GÁLVEZ**

Ref. PEDIDO LP-019-2021

FECHA 12-jul-21

SEÑORES **INFRA DE HONDURAS SA DE CV**

TITULAR RTN: **INFRA DE HONDURAS SA DE CV**

RTN: 08019995158356

NOMBRE:

ID:

DIRECCIÓN 3era. AVE. N.O#65, ENTRE 9 Y 10 CALLE. BO. LAS ACACIAS, SAN PEDRO

PROVEEDOR: SULA

TELÉFONOS: 2580-8025 / 2280-8022

POR ESTE MEDIO SOLICITAMOS COTIZAR LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN

PDA	OBJ	CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	APLIC ISV	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	ISV	TOTAL
1	35260	17500	M ³	OXIGENO LIQUIDO al 99.5%	N/A	L. 28.25	L. 494,375.00		L. 494,375.00
2	35260	500	CILINDRO	OXIGENO DE 220 PC al 99.5%	N/A	L. 187.00	L. 93,500.00		L. 93,500.00
3	35260	40	CILINDRO	OXIGENO DE 125 PC AL 99.5%	N/A	L. 122.50	L. 4,900.00		L. 4,900.00
4	35260	40	CILINDRO	OXIGENO DE 300 PC AL 99.5%	N/A	L. 255.00	L. 10,200.00		L. 10,200.00
5	35260	1	CILINDRO	OXIDO NITROSO		L. 4,998.99	L. 4,998.99	L. 749.85	L. 5,748.84
5	5	5	5	5	4	5	L. 607,973.99	L. 749.85	L. 608,723.84

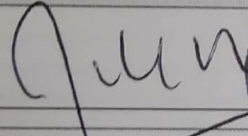
NOTA IMPORTANTE: Señor proveedor, le agradecemos escribir los datos que se le solicitan; Ya que si usted es seleccionado para dicha cotización, no tenga problema alguno para reclamar su pago. **Las cotizaciones no deben de presentar alteraciones tales como: Borriones, Remarcados y Tachaduras**

RESUMEN

SUBTOTAL	L.	607,973.99
ISV 15%	L.	749.85
TOTAL	L.	608,723.84

UNIDAD COTIZADORA

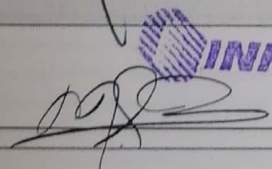
FIRMA Y SELLO:




FECHA: 12 / 07 / 2021

PROVEEDOR

FIRMA Y SELLO:



INFRA DE HONDURAS S. A. DE C. V.

FECHA: 06 / 08 / 2021



UE/GA 21 22 Hospital Juan Manuel Galvez

Lugar: **Gracias,Lempira**

Proveedor: **INFRA DE HONDURAS S.A. DE .C. V**

Dirección: **3RA AVE 9-10 CALLE N° 65 BARRIO LAS ACACIAS SAN PEDRO SULA CORTES.**

TELÉFONO: **2580-8025-2280-8022**

Estructura Presupuestaria

Mes / Año	Título	Actividad / Obra	Prog.	Sub Programa	Fuente	Otro
ago-21	60	02	20	00	11	

Objeto Gasto	Pda	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Aplica ISV	Precio Unitario	Sub Total	ISV	Total
35260				OXIGENO MEDICO					
	1	17191	m3	OXIGENO LIQUIDO CRIOGENICO AL 99,5% DE PUREZA MINIMA GRADO MEDICO EN MTS3	NO	L. 28.25	L. 485,645.75		L. 485,645.75
	2	500	CILINDRO	CILINDROS DE OXIGENO MEDICO DE 220 PC AL 99,5% DE PUREZA	NO	L. 187.00	L. 93,500.00		L. 93,500.00
	3	40	CILINDRO	CILINDROS DE OXIGENO MEDICO DE 125 PC AL 99.5 DE PUREZA	NO	L. 122.50	L. 4,900.00		L. 4,900.00
	4	40	CILINDRO	CILINDROS DE OXIGENO MEDICO DE 300 PC AL 99.5 DE PUREZA	NO	L. 255.00	L. 10,200.00		L. 10,200.00
	5	1	CILINDRO	CILINDRO DE OXIDO NITROSO ACT 002. . L.599,994.59	SI	L. 4,998.99	L. 4,998.99	L. 749.85	L. 5,748.84
							L. -	L. -	L. -
1	5	5	5		5	5	L. 599,244.74	L. 749.85	L. 599,994.59

Resumen

Sub-Total	L	599,244.74
Imp. S. Ventas	L	749.85
Total	L	599,994.59

Resumen: OXIGENO MEDICO QUE SERA UTILIZADO EN LAS DIFERENTES SALAS DE ESTE HOSPITAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO DOS MIL VEINTE Y UNO

Valor en letras: **QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO LEMPIRAS CON 59/100**

Plazo y lugar de entrega: **Inmediatamente despues de recibida la orden debidamente aprobada sera entregada en la Bodega del Hospital Juan Manuel Galvez en la Ciudad de Gracias,Lempira en un plazo maximo de 10 dias habiles**

LIC. JAIRO FLAVIANO ESPINOZA
No. Identidad 1301-1983-00027
Administrador



DRA. GRACIA MARILYN MARQUEZ CHAVEZ
No. Identidad 0301-1977-00590
Director



UE	GA
21	22

Hospital Juan Manuel Galvez

Pedido: 019-2021
F-01: 00535
Fecha: 9-ago-21

Almacén de Recepción: Almacén Hospital Mario Catarino Rivas
 Proveedor: INFRA DE HONDURAS S.A DE C.V.
 Dirección: 3RA AVE 9-10 CALLE N 65 BARRIO LAS ACACIAS SAN PEDRO SULA
 Teléfono(s): 2580-8025

Objeto Gasto	Pda.	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Apli. ISV	Precio Unitario	Sub-Total	ISV	Total
35260	1	17191	M ³	OXIGENO LIQUIDO DE 220 PC AL 99.5%	NO	L 28.25	L 485,645.75		L 485,645.75
35260	2	500	CILINDRO	OXIGENO LIQUIDO DE 220 PC AL 99.5%	NO	L 187.00	L 93,500.00		L 93,500.00
35260	3	40	CILINDRO	OXIGENO LIQUIDO DE 125 PC AL 99.5%	NO	L 122.50	L 4,900.00		L 4,900.00
35260	4	40	CILINDRO	OXIGENO LIQUIDO DE 300 PC AL 99.5%	NO	L 255.00	L 10,200.00		L 10,200.00
35260	5	1	CILINDRO	OXIDO NITROSO	SI	L 4,998.99	L 4,998.99	L 749.85	L 5,748.84
5	5	5	5	5	5	5	L 599,244.74	L 749.85	L 599,994.59

Resumen	
Sub Total	L 599,244.74
ISV	L 749.85
Total	L 599,994.59


 SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
 DEPTO. DE MANTENIMIENTO
 (Ing. OSCAR OMAR MOLINA)
 No. 1501-1980-00283
Recibí Conforme
Jefe Mantenimiento


INFRA DE HONDURAS
S.A. DE C.V.
 (INFRA DE HONDURAS S DE RL)
 No. 0801-9995-158356
Proveedor


 SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
 ADMINISTRACION
 (LIC. JAIRO ESPINOZA ROSALES)
 No. 1301-1983-00237
Administrador
HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ


 SECRETARIA DE SALUD
 HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
 (DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ)
 No. 0301-1977-00590
Director
HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ



SECRETARIA DE SALUD

Fecha: miércoles 11 de agosto de 2021

RECIBO POR LPS..... 599,994.59

RECIBIMOS DE LA **TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA** LA CANTIDAD DE **QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO LEMPIRAS CON 59/100 (LPS. 599,994.59)** POR CONCEPTO DE SUMINISTROS EFECTUADOS AL **HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ** SEGÚN ORDEN DE COMPRA No.- **LP-019-2021** Y FACTURA No.- 012-002-01-00085146

SAN PEDRO SULA, CORTES, 09 DE AGOSTO DEL 2021

INFRA DE HONDURAS
S.A. DE C.V.

INFRA DE HONDURAS SA DE CV
R.T.N. No.- 08019995158356
ONCAE No.- 1686-2020


OLVAN RONALDO SAMAYOA
IDENTIDAD No.- 0318-1976-01322
JEFE ADMINISTRATIVO

Oficina Matriz

3a. Ave. N.O. # 65
entre 9 y 10 calle

Bo. Las Acacias

Pedro Sula, Honduras, C.A.

Tel. (504) 2553-0103, (504) 2553-1191

Sucursal Tegucigalpa

Boulevard Suyapa

Frente a terrenos de la U.N.A.H.

Tegucigalpa M.D.C., Honduras, C.A.

Tel. (504) 2235-5213, (504) 2239-0865

Sucursal La Ceiba

Carretera la Ceiba-Tela

Col. Las Delicias

500 mts. Adelante del Puente Danto

La Ceiba, Atlántida, Honduras, C.A.

Sucursal Choluteca

Boulevard Enrique Weddie

Bo. Los Mangos

Choluteca, Choluteca

Honduras, C.A.

Planta

Km. 18.5

Aldea Dos Caminos

Carretera a Tegucigalpa

Villanueva, Cortés



PRINCIPAL

9-10 CALLE 3-4 AVENIDA BARRIO LAS ACACIAS, HONDURAS
 HND TEL. 2580-8025 FAX 2550-2196
WWW.INFRADEHONDURAS.COM.HN
administracion@infradehonduras.com.hn

SUCURSAL

BARRIO SUYAPA FRENTE A TERRENOS DE LA UNAH
 TEGUCIGALPA, MDC TEL: (504) 2280-8022 FAX 2232-0497
 RTN - 0801-9995-158356

CONTADO
 CREDITO

FACTURA
 No.- 012-002-01- 00085146

CAI: A3EAD2-89DEBB-6740AD-8BB1B6-80265B-F9

NOMBRE DEL CLIENTE:
DIRECCION :
FECHA:
ENTREGAR A :

HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
 GRACIAS LEMPIRA
 09 DE AGOSTO DEL 2021
 ORDEN DE COMPRA No.- LP-019-2021

CANT.	ARTICULO	DESCRIPCION	P. UNITARIO	DESC.REB. OTORGADOS	TOTAL
17191	MTS3	OXIGENO LIQUIDO POR MTS3, AL 99.5% DE PUREZA	28.25	-	485,645.75
500	C/U	CILINDROS OXIGENO DE 220 PC	187.00	-	93,500.00
40	C/U	CILINDROS OXIGENO DE 125 PC	122.50	-	4,900.00
40	C/U	CILINDROS OXIGENO DE 300 PC	255.00	-	10,200.00
1	C/U	OXIDO NITROSO DE 220 PC	4,998.99	-	4,998.99
				IMPORTE EXONERADO	-
				IMPORTE EXENTO	594,245.75
				IMPORTE GRAVADO 15%	4,998.99
				IMPORTE GRAVADO 18%	-
				I.S.V. 15%	749.85
				I.S.V. 18%	-
				TOTAL LPS.	599,994.59

<u>No. O/C Exenta</u>	<u>No.Registro Exonerado</u>	<u>No.de Registro de la SAG</u>

SUMINISTRO DE OXIGENO A PIE DE CAMA MEDIANTE REDES Y EQUIPOS EN COMOTADO.

[Handwritten Signature]
 FIRMA DEL CLIENTE

INFRA DE HONDURAS
S.A. DE C.V.
[Handwritten Signature]
 FIRMA AUTORIZADA
 OLVAN RONALDO SAMAYOA
 JEFE ADMINISTRATIVO

Oficina Matriz 3a. Ave. N.O. # 65 entre 9 y 10 calle Bo. Las Acacias S.P.S. Honduras, C.A. Tel. (504) 2553-0103, (504) 2553-1191 Fax: (504) 2557-1769	Sucursal Tegucigalpa Boulevard Suyapa Frente a terrenos de la U.N.A.H Tegucigalpa M.D.C., Honduras, C.A. Tel. (504) 2235-5213, (504) 2239-0865 Fax: (504) 2231-1986	Sucursal La Ceiba Carretera la Ceiba-Tela Col. Las Delicias 500 mts. Adelante del Puente Danto La Ceiba, Atlantida, Honduras, C.A. Tel/Fax: (504) 2442-9671	Sucursal Choluteca Boulevard Enrique Weddie Bo. Los Mangos Choluteca, Choluteca Honduras, C.A. Tel/Fax: (504) 2882-4655	Planta Km. 18.5 Aldea Dos Caminos Carretera a Tegucigalpa Villanueva, Cortés Honduras, C.A. Tel/fax: (504) 2574-8120
--	---	---	---	---

UE/GA **UE 21 GA 22 HOSPITAL JUAN MANUEL GÁLVEZ**

Ref. PEDIDO 0040-2021

FECHA 22-jul-21

SEÑORES **MEDITEKSA PHARMA**

TITULAR RTN: **KEVIN FERNANDO FLORES JIMENEZ**

RTN: **0801-1993-157131**

NOMBRE: **MEDITEKSA PHARMA**

ID: **0801-1993-15713**

DIRECCIÓN **Colonia Río Grande, Parque Empresarial Peri sur, Ofibodega # 2, Anillo**

PROVEEDOR: **Periférico Sur Tegucigalpa Honduras**

TELÉFONOS: **2246-4342 /9440-2344**

POR ESTE MEDIO SOLICITAMOS COTIZAR LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN

PDA	OBJ	CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	APLIC .ISV	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	ISV	TOTAL
1	35210	327	VIAL	OMEPRAZOL 40MG IV			L. -		L. -
2	35210	7,000	TAB	NIFEDIPINA (accion prolongada) 20 mg		L. 1.86	L. 13,020.00		L. 13,020.00
3	35210	700	VIAL	INSULINA ISOFANICA HUMANA NPH 100UI/ml		L. 379.50	L. 265,650.00		L. 265,650.00
4	35210	250	AMP	POTASIO (cloruro) 20 mEq / 10 ml			L. -		L. -
5	35210	250	AMP	MIDAZOLAM (clorhidrato) 1 mg / ml			L. -		L. -
6	35210	150	VIAL	PIPERACILINA (sodica) + TAZOBACTAM (sodico) 4 g + 500 mg		L. 108.50	L. 16,275.00		L. 16,275.00
7	35210	250	AMP	AMINOFILINA 250 mg			L. -		L. -
8	35210	2100	AMP	HIOSCINA (butilbromuro) 20 mg / ml		L. 22.94	L. 48,174.00		L. 48,174.00
	35210	1100	AMP	OXITOCINA 10 UI			L. -		L. -
	35210	150	AMP	CALCIO (Gluconato) 9 10% (Eq 100 mg/ ml)		L. 16.29	L. 2,443.50		L. 2,443.50
	35210	10	VIAL	SUCCINILCOLINA (cloruro) 50 mg/ ml			L. -		L. -
	35210	30000	TAB	FUROSEMIDA 40mg		L. 0.71	L. 21,300.00		L. 21,300.00
	35210	18000	CAP	OMEPRAZOL 20 mg		L. 1.47	L. 26,460.00		L. 26,460.00
	35210	27000	TAB	ACIDO FOLICO 5 mg		L. 0.46	L. 12,420.00		L. 12,420.00
	35210	60000	TAB	IRBESARTAN 300 mg		L. 3.15	L. 189,000.00		L. 189,000.00
16	35210	18000	TAB	ATORVASTATINA 40 mg		L. 8.77	L. 157,860.00		L. 157,860.00
17	35210	100	VIAL	LIDOCAINA (Sin preservantes derivados del parabeno) 2% (Eq 20 mg/ml)			L. -		L. -
18	35210	1700	AMP	TRAMADOL (Clorhidrato) 50mg/ml		L. 68.00	L. 115,600.00		L. 115,600.00
11	18	18	18	18	0	11	L. 868,202.50	L. -	L. 868,202.50

NOTA IMPORTANTE: Señor proveedor, le agradecemos escribir los datos que se le solicitan; Ya que si usted es seleccionado para dicha cotización, no tenga problema alguno para reclamar su pago. **Las cotizaciones no deben de presentar alteraciones tales como: Borriones, Remarcados y Tachaduras**

RESUMEN

SUBTOTAL	L.	868,202.50
%	L.	-
TOTAL	L.	868,202.50

UNIDAD COTIZADORA

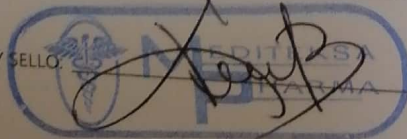
FIRMA Y SELLO:



FECHA: **22/07/2021**

PROVEEDOR

FIRMA Y SELLO:



FECHA: ___ / ___ / ___

UE/GA 21 22 Hospital Juan Manuel Galvez

Lugar: **Gracias, Lempira**

Proveedor: **MEDITEKSA PHARMA**

TELÉFONO: **2246-4342**

Dirección: **COLONIA RIO GRANDE PARQUE EMPRESARIAL PERI SUR OFIBODEGA
2 ANILLO PERIFERICO SUR TEGUCIGALPA HONDURAS**

Estructura Presupuestaria

Mes / Año	Título	Actividad / Obra	Prog.	Sub Programa	Fuente	Otro
ago-21	60	02	20	00	11	

Objeto Gasto	Pda	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Aplica ISV	Precio Unitario	Sub Total	ISV	Total
35210				PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES VARIOS					
	6	150	VIAL	PIPERACILINA (SODICA)+TAZOBACTANM (SODICO 4 G 6 500MG	NO	L 108.50	L 16,275.00		L 16,275.00
	10	50	AMP	CALCIO 9 (gluconato 10% (eq 100mg/ml	NO	L 16.29	L 814.50		L 814.50
				ACT. 002 LPS. 17,089.50			L -		L -
							L -	L -	L -
1					2	2	L 17,089.50	L -	L 17,089.50

Resumen: PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES VARIOS QUE SERAN UTILIZADO EN LA FARMACIA DE ESTE HOSPITAL DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL AÑO DOS MIL VEINTE Y UNO

Resumen	
Sub-Total	L 17,089.50
Imp. S. Ventas	L -
Total	L 17,089.50

Valor en letras: DIEZ Y SEITE MIL OCHENTA Y NUEVE LEMPIRAS CON 50/100

Plazo y lugar de entrega: Inmediatamente despues de recibida la orden debidamente aprobada sera entregada en la Bodega del Hospital Juan Manuel Gálvez en la Ciudad de Gracias, Lempira en un plazo maximo de 10 dias habiles

[Signature]
LIC. JAIRO FLAVIANO ESTINOZA ROSA
 No. Identidad 1301-1983-00237
 Administrador

[Signature]
DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ
 No. Identidad 0301-1977-00590
 Director

Pedido: 0040-2021
 F-01: 00568
 Fecha: 20-ago-21

UE	GA
21	22

Hospital Juan Manuel Galvez

Almacén de Recepción: Almacén Hospital Dr. Juan Manuel Galvez
 Proveedor: DROGUERIA MEDITEKSA PHARMA
 Dirección: COLONIA RIO GRANDE, PARQUE EMPRESARIAL PERISUR, OFIBODEGA #2 ANILLO
PERIFERICO SUR TEGUCIGALPA.
 Teléfono(s): 2246-4342/9440-2344

Objeto Gasto	Pda.	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Apli. ISV	Precio Unitario	Sub-Total	ISV	Total
35210	6	150	VIAL	PIPERACILINA (sodica) + TAZOBACTAM (sodico) 4 g + 500 mg	NO	L. 108.50	L 16,275.00		L 16,275.00
35210	10	50	AMP	CALCIO (Gluconato) 9 10% (Eq 100 mg/ ml)	NO	L. 16.29	L 814.50		L 814.50
2	2	2	2	2	2	2	L 17,089.50	L -	L 17,089.50

Resumen		
Sub Total	L	17,089.50
ISV	L	-
Total	L	17,089.50



EDUARDO SEBASTIAN BENITES BAPALO
 ID. 1301-1991-00054
Jefe de Almacén General




(DROGUERIA MEDITEKSA PHARMA)
 RTN. 0801-1993-157131
Proveedor


(LIC. JAIRO ESPINOZA ROSA)
 No. 1301-1988-00237
Administrador
HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ




(DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ)
 No. 0301-1977-00590
Director
HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ





MEDITEKSA PHARMA

Colonia Rio Grande, Parque Empresarial Perisur, Ofibodega No. 2
Anillo Periferico Sur Tegucigalpa, Honduras, C.A.
Teléfono: 2246-4342 E-mail: mediteksapharma@yahoo.com

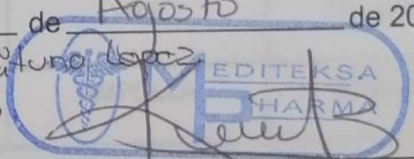
RECIBO N° 2078

Por Lps. **17,089.50**

Recibí de: Tesorería General de la Republica


La cantidad de: Diecisiete mil Ochenta y nueve lempira
con 50/100 Cts

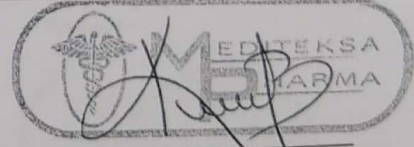
Por concepto de: Cancelacion de factura # 000-001-01-0000
5631

EFECTIVO CHEQUE N°: _____ de 20 de Agosto de 20 21
Karla Yessenia Aceituno Lopez
ID. 0801-1986-04606

Firma

Comunicación Gráfica Tel. 2238-5733 R.T.N. 08019995259292 Certificación No. 9231-19-10500-159

Original: Cliente Copias: Archivo


Recibe Conforme
HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
23/8/21


Entregado Por
DROGUERÍA MEDITEKSA PHARMA



Tegucigalpa
Honduras
RTN: 0801993157131

Cliente:
HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
GRACIAS LEMPIRA
FRENTE A GASOLINERA TEXACO

Factura 000-001-01-00005631

Fecha: 20/08/2021

Fecha de Impresión: 20/08/2021 02:02 PM

Zona: INSTITUCIONAL / INST0038

Comprobante origen: SO864

Vendedor: Honduras

Honduras

RTN: 08019995239462

Descripción	Cantidad	Presentación	Precio Unitario	Impuestos	Desc. Reb. otorgados	Total
[NOS010] PIPERACILINA + TAZOBACTAM	150	VIAL	108.500000	Exento	0.00	L 16,275.00
[PHAS008] GLUCONATO DE CALCIO AMPOLLA AL 10%	50	AMPOLLA	16.290000	Exento	0.00	L 814.50
Total					L 0.00	L 17,089.50

N. Correlativo de orden de compra exenta

Importe Exonerado L 0.00

N. Correlativo de constancia de registro exonerado

Importe Exento L 17,089.50

N. Identificativo del registro de la SAG

Importe Gravado 15% L 0.00

CAI: 90E71A-46CC8C-AB4F97-5686E0-28CC2C-7D

Importe Gravado 18% L 0.00

Rango autorizado del: 000-001-01-00005051 al 000-001-01-00006350

I.S.V. 15% L 0.00

Fecha Límite de Emisión: 15/01/2022 | Original: Cliente | Copia: Emisor

I.S.V. 18% L 0.00

SON: DIECISIETE MIL OCHENTA Y NUEVE LEMPIRA CON 50/100 CTVS

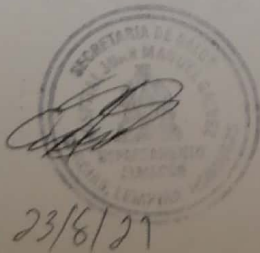
Total a pagar L 17,089.50

LA DEVOLUCION DE CUALQUIER PRODUCTO DEBERA SER CON 90 DIAS ANTES DE SU VENCIMIENTO.
POR CHEQUE DEVUELTO SE COBRARA L. 450.00 MAS EL VALOR PAGADO.

CAI: 90E71A-46CC8C-AB4F97-5686E0-28CC2C-7D

Rango autorizado: 000-001-01-00005051 al 000-001-01-00006350

La factura es beneficio de Todos. "EXIJALA"


23/8/21



UE/GA UE 21 GA 22 HOSPITAL JUAN MANUEL GÁLVEZ

SEÑORES REPRESENTACIONES CACERES Y ASOCIADOS SRL CV

TITULAR RTN:

RTN: 0801-9995-332141

NOMBRE:

ID:

DIRECCIÓN PROVEEDOR: COL. ALAMEDA # 712 AVE, JUAN MANUEL GALVEZ

TELÉFONOS: 2232-6398/9990-7583

POR ESTE MEDIO SOLICITAMOS COTIZAR LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN

PDA	OBJ	CANT.	UNIDAD MEDIDA	DESCRIPCIÓN	APLIC ISV	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	ISV	TOTAL
1	35251	1	Set	Antigenos Febriles completos con controles			L -	L -	
2	35251	100	frasco	Cintas de orina 100 tiras			L -	L -	
3	35251	5	Set	Creatinina cinética			L -	L -	
4	35251	2	Set	Colesterol total			L -	L -	
5	35251	2	Set	Calcio 300 p.			L -	L -	
6	35251	5	Set	CK-MB			L -	L -	
7	35251	5	Set	CK-NAC-CPK total			L -	L -	
8	35251	5	set	Chagas Elisa			L -	L -	
9	35251	4	Set	Factor Reumatoideo			L -	L -	
10	35251	4	Frasco	Fosfatasa alcalina			L -	L -	
11	35251	2	set	Glucosa 500 pb			L -	L -	
12	35251	5	set	Sangre oculta			L -	L -	
13	35251	3	Set	Solución de limpieza # 47 500 ml			L -	L -	
14	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Amikacina	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
15	35251	20	Vial	Disco de sensibilidad Clindamicina	L	101.00	L 2,020.00	L 303.00	L 2,323.00
16	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Ceftriaxona	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
17	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Cefadroxilo	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
18	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Gentamicina	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
19	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad fostomicina	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
20	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Imipinem	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
21	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Trimetropim sulfá			L -	L -	
22	35251	20	Vial	Disco de sensibilidad Oxacilina	L	101.00	L 2,020.00	L 303.00	L 2,323.00
23	35251	3	set	Coloración Gram (SET/4X250ML)	L	2,828.00	L 8,484.00	L 1,272.60	L 9,756.60
24	35251	3	Set	Coloración bar (ZIEHL-NEELEN)(SET/3X250ML)	L	2,998.00	L 8,994.00	L 1,349.10	L 10,343.10
25	35251	100	Frasco	Cintas para glucómetro			L -	L -	
26	35251	1	set	Proteínas totales			L -	L -	
27	35251	1	frasco	Salmonella Shigello	L	3,100.00	L 3,100.00	L 465.00	L 3,565.00
28	35251	4	frasco	Macconkey agar	L	1,472.00	L 5,888.00	L 883.20	L 6,771.20
29	35251	4	frasco	Soya tripticasa agar	L	2,800.00	L 11,200.00	L 1,680.00	L 12,880.00
30	35251	3	frasco	Mueller Hilton agar	L	2,223.00	L 6,669.00	L 1,000.35	L 7,669.35
31	35251	5	pack	Reactivo electrolitos solution pack 800 ml			L -	L -	
32	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Cirpofloxacina	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
33	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Ampicilina+sulbactan	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
34	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Piperacilina+tazobactan	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Amoxicilina+acido clavulanico	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
36	35251	5	Vial	Disco de sensibilidad Fluconazol			L -	L -	
37	35251	5	Vial	Disco de sensibilidad imidazol			L -	L -	
38	35251	30	Vial	Disco de sensibilidad Nitrofurantoina	L	101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
38	38	38	38	38	0	19	L 81,705.00	L 12,255.75	L 93,960.75

NOTA IMPORTANTE: Señor proveedor, le agradeceremos escribir los datos que se le solicitan; Ya que si usted es seleccionado para dicha cotización, no tenga problema alguno para reclamar su pago. Las cotizaciones no deben de presentar alteraciones tales como: Borriones, Remarcados y Tachaduras

RESUMEN

SUBTOTAL	L.	81,705.00
ISV 15%	L.	12,255.75
TOTAL	L.	93,960.75

**HOSPITAL DR. JUAN MANUEL GALVEZ
GRACIAS, LEMPIRA**



Formato 002-2019-Orden de compra

Orden de Compra: L.P-019-2021-0
Cotización: L.P-019-2021
Pedido: 010-2021
Fecha: 10-may-21

UE/GA 21 22 Hospital Juan Manuel Galvez

Lugar: Gracias, Lempira

Proveedor: **REPRESENTACIONES CACERES Y ASOCIADOS**

TELÉFONO: **2232-6398**

Dirección: **COL. ALAMEDA CALLE PRINCIPAL #712 AVENIDA JUAN MANUEL GALVEZ**

Estructura Presupuestaria									
Mes / Año	Título	Actividad / Obra	Prog.	Sub Programa	Fuente	Otro			
may-21	60	06	20	00	11				
Objeto Gasto	Pda	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Aplica ISV	Precio Unitario	Sub Total	ISV	Total
35251				REACTIVOS					
	14	30	VIAL	Disco de sensibilidad Amikacina	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
	15	20	VIAL	Disco de sensibilidad Clindamicina	SI	L 101.00	L 2,020.00	L 303.00	L 2,323.00
	16	30	VIAL	Disco de sensibilidad Ceftriaxona	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
	17	30	VIAL	Disco de sensibilidad Cefadroxilo	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
	18	30	VIAL	Disco de sensibilidad Gentamicina	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
	19	30	VIAL	Disco de sensibilidad fostomicina	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
	20	30	VIAL	Disco de sensibilidad Impipinem	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
	22	20	VIAL	Disco de sensibilidad Oxacilina	SI	L 101.00	L 2,020.00	L 303.00	L 2,323.00
	23	3	SET	Coloración Gram	SI	L 2,828.00	L 8,484.00	L 1,272.60	L 9,756.60
	28	4	FRASCO	Macconkey agar	SI	L 1,472.00	L 5,888.00	L 883.20	L 6,771.20
	29	4	FRASCO	Soya tripticasa agar	SI	L 2,800.00	L 11,200.00	L 1,680.00	L 12,880.00
	30	3	FRASCO	Mueller Hilton agar	SI	L 2,223.00	L 6,669.00	L 1,000.35	L 7,669.35
	32	30	VIAL	Disco de sensibilidad Cirpofloxacin	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
	33	30	VIAL	Disco de sensibilidad Ampicilina+sulbactan	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
	34	30	VIAL	Disco de sensibilidad Piperacilina+tazobactan	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
	35	30	VIAL	Disco de sensibilidad Amoxicilina+acido clavulanico	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
	38	30	VIAL	Disco de sensibilidad Nitrofurantoina	SI	L 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
ACT. 006 L. 80,052.65									
1	17	17	17	19	17	17	L 69,611.00	L 10,441.65	L 80,052.65

Resumen: REACTIVOS QUE SERA UTILIZADO EN EL LABORATORIO CLINICO PARA REALIZAR EXAMENES A PACIENTES DE ESTE HOSPITAL DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO DOS MIL VEINTE Y UNO

Resumen	
Sub-Total	L 69,611.00
Imp. S. Ventas	L 10,441.65
Total	L 80,052.65

Valor en letras: OCHENTA MIL CINCUENTA Y DOS LEMPIRAS CON 65/100

Plazo y lugar de entrega: Inmediatamente despues de recibida la orden debidamente aprobada sera entregada en la Bodega del Hospital Juan Manuel Galvez en la Ciudad de Gracias, Lempira en un plazo maximo de 10 dias habiles

LIC. JAIRO FLAVIANO ESPINOZA ROSA
No. Identidad 1301-1983-00237
Administrador

DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ GALVEZ
No. Identidad 0301-1977-00590
Directora

Pedido: 010-2021
 F-01: 00254
 Fecha: 10-ago-21

UE	GA
21	22

Hospital Juan Manuel Galvez

Almacén de Recepción: **Almacén Hospital Dr. Juan Manuel Galvez**
 Proveedor: **REPRESENTACIONES CACERES Y ASOCIADOS**
 Dirección: **COL. ALAMEDA CALLE PRINCIPAL, #712, AVENIDA JUAN MANUEL GALVEZ**
 Teléfono(s): **2232-6398**

Objeto Gasto	Pda.	Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Apli. ISV	Precio Unitario	Sub-Total	ISV	Total
35251	14	30	VIAL	Disco de sensibilidad Amikacina	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35251	15	20	VIAL	Disco de sensibilidad Clindamicina	SI	L. 101.00	L 2,020.00	L 303.00	L 2,323.00
35251	16	30	VIAL	Disco de sensibilidad Ceftriaxona	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35251	17	30	VIAL	Disco de sensibilidad Cefadroxilo	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35251	18	30	VIAL	Disco de sensibilidad Gentamicina	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35251	19	30	VIAL	Disco de sensibilidad fostomicina	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35251	20	30	VIAL	Disco de sensibilidad Imipinem	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35251	22	20	VIAL	Disco de sensibilidad Oxacilina	SI	L. 101.00	L 2,020.00	L 303.00	L 2,323.00
35251	23	3	SET	Coloración Gram	SI	L. 2,828.00	L 8,484.00	L 1,272.60	L 9,756.60
35251	28	4	FRASCO	Macconkey agar	SI	L. 1,472.00	L 5,888.00	L 883.20	L 6,771.20
35251	29	4	FRASCO	Soya tripticasa agar	SI	L. 2,800.00	L 11,200.00	L 1,680.00	L 12,880.00
35251	30	3	FRASCO	Mueller Hilton agar	SI	L. 2,223.00	L 6,669.00	L 1,000.35	L 7,669.35
35251	32	30	VIAL	Disco de sensibilidad Cirpofloxacina	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35251	33	30	VIAL	Disco de sensibilidad Ampicilina+sulbactan	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35251	34	30	VIAL	Disco de sensibilidad Piperacilina+tazobactan	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35251	35	30	VIAL	Disco de sensibilidad Amoxicilina+acido clavulanico	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
35251	38	30	VIAL	Disco de sensibilidad Nitrofurantoina	SI	L. 101.00	L 3,030.00	L 454.50	L 3,484.50
17	17	17	17	17	17	17	L 69,611.00	L 10,441.65	L 80,052.65

Resumen	
Sub Total	L 69,611.00
ISV	L 10,441.65
Total	L 80,052.65


SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
ALMACEN
PARACIAS, LEMPIRA
 EDUARDO SEBASTIAN BENITES RAMALLO
 ID. 1301-1991-0007
 Jefe de Almacén General

(REPRESENTACIONES CACERES Y ASOCIADOS)
 RTN. 08019995332141
 Proveedor


SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
ADMINISTRACION
PARACIAS, LEMPIRA
 (LIC. JAIRO ESPINOZA RODA)
 No. 1301-1983-00237
 Administrador
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ

(DRA. GRACIA MARIA MARTINEZ CHAVEZ)
 No. 0301-1977-00590
 Director
 HOSPITAL DR JUAN MANUEL GALVEZ



REPRESENTACIONES CACERES Y ASOCIADOS

Col. Alameda calle principal # 712
Tegucigalpa, M.D.C. Honduras. C.A.
Tel 2232-6398 Fax 2239-2380
gerencia@rcahn.com

Ba. Los Andes 10 AVE 8 y 9 CALLE NO local 6
San Pedro Sula, Honduras C.A.
Tel / Fax 2510-0802
rcainfo@rcahn.com

POR LPS: 80,052.65

Recibimos de TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA

La cantidad de: OCHENTA MIL CINCUENTA Y DOS
LEMPIRAS CON 65/100 CENTAVOS.

Por concepto de suministro de reactivos

Según factura adjunta No. 000-001-01-00007421 O/C LP-010-2021-B

Tegucigalpa, M.D.C 10 DE AGOSTO DEL 2021



REPRESENTACIONES
CACERES S. de R.L. de C.V.
Tegucigalpa, Honduras

LIZA CACERES
DOCUMENTOS PERSONALES
I.D # 0801197305595
RTN # 08011973055956

DOCUMENTOS EMPRESA:
R.T.N. 08019995332141



N° 712, CALLE PRINCIPAL, COL. ALAMEDA, APARTADO POSTAL 1423
 A 15 METROS HACIA ABAJO DE ASHONPLAFA
 TEL.: (504) 2232-6398 - FAX: (504) 2239-2380 - CEL: (504) 9562-4605
 E-MAIL: rcainfo@rcahn.com
 FRANCISCO MORAZÁN, M.D.C., HONDURAS C.A.

CAI: 898808-BAB6F4-B04A99-DAE10C-...
 Rango Autorizado: 000-001-01-00007401 al 000-001-01-00008000

VENDIDO A: HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ

DIRECCIÓN: GRACIAS, LEMPIRA

CONSIGNADO A: _____ **ORDEN DE COMPRA O MEMORANDUM**

R.T.N.: 0801-9995-239462 **LP-010-2021-B** **R.T.N.:** 08019995332141

TEGUCIGALPA, M.D.C., 10 DE AGO DE 20 21.

CONDICIONES: CREDITO 30 DIAS

VENCE: 10-sep-21 **171**

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS ¡EXÍJALA!

COD. PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
CT0107B *	DISCO DE SENSIBILIDAD AMIKASINA	30	VIAL	101.00	3,030.00
CT0064B *	DISCO DE SENSIBILIDAD CLINDAMICINA	20	VIAL	101.00	2,020.00
CT0417B *	DISCO DE SENSIBILIDAD CEFTRIAXIONA	30	VIAL	101.00	3,030.00
CT0453B *	DISCO DE SENSIBILIDAD CEFADROXILO	30	VIAL	101.00	3,030.00
CT0024B *	DISCO DE SENSIBILIDAD GENTAMICINA	30	VIAL	101.00	3,030.00
CT0183B *	DISCO DE SENSIBILIDAD FOSTOMICINA	30	VIAL	101.00	3,030.00
CT0455B *	DISCO DE SENSIBILIDAD IMPINEM	30	VIAL	101.00	3,030.00
CT0052B *	DISCO DE SENSIBILIDAD OXACILINA	20	VIAL	101.00	2,020.00
CPC *	COLORACION GRAM	3	SET	2,828.00	8,484.00
CM0115B *	MACCONKEY AGAR	4	FRASCO	1,472.00	5,888.00
R455002 *	SOYA TRIPTICASA AGAR	4	FRASCO	2,800.00	11,200.00
CM0337B *	MUELLER HILTON AGAR	3	FRASCO	2,223.00	6,669.00
CT0425B *	DISCO DE SENSIBILIDAD CIPROFLOXACINA	30	VIAL	101.00	3,030.00
CT0520B *	DISCO DE SENSIBILIDAD AMPICILINA + SULBACTAN	30	VIAL	101.00	3,030.00
CT0725B *	DISCO DE SENSIBILIDAD PIPERACILINA TAZOBACTAN	30	VIAL	101.00	3,030.00
CT0223B *	DISCO DE SENSIBILIDAD AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	30	VIAL	101.00	3,030.00
CT0036B *	DISCO DE SENSIBILIDAD NITROFURANTOINA	30	VIAL	101.00	3,030.00

INDUSTRIAS LITOGRAFICAS PRINT COLOR S. DE R.L. TEL: 2239-1608, CEL: 98019015753561 - CERTIFICADO N° 9231-21-10590-13 / printcolor@gmail.com



REPRESENTACIONES
CACERES S. de R.L. de C.V.
 Tegucigalpa, Honduras

TOTAL EN LETRAS: OCHENTA MIL CINCUENTA Y DOS LEMPIRAS CON 65/100 CENTAVOS.	IMPORTE EXENTO L.	0.00
No. Correlativo Orden de Compra Exenta:	IMPORTE EXONERADO L.	0.00
No. Correlativo Constancia de Registro Exonerado:	IMPORTE GRAVADO 15% L.	69,611.00
No. Identificativo Registro de la SAG:	I.S.V. 15% L.	10,441.65
	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L.	0.00
	SUB-TOTAL	69,611.00
	TOTAL A PAGAR	80,052.65

NOTA: 1.- SE COBRARÁ EL 5% DE INTERÉS MENSUAL POR MORA, DESPUÉS DE LA FECHA DE VENCIMIENTO.
 2.- CHEQUE A NOMBRE DE REPRESENTACIONES CACERES Y ASOCIADOS.
 3.- POR CADA CHEQUE DEVUELTO SE COBRARA L. 200.00, MÁS RECARGO DEL BANCO.
 4.- REVISAR LA MERCADERIA AL RECIBIRLA. NO ACEPTAMOS RECLAMOS FUTUROS, NI DEVOLUCIONES.

SELLO Y NOMBRE DEL CLIENTE
 ALMACEN
 HOSPITAL JUAN MANUEL GALVEZ
 GRACIAS, LEMPIRA

VERDE - ARCHIVO AMARILLO - ALMACÉN

BLANCA - ORIGINAL: CLIENTE COPIA AZUL: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR - CONTABILIDAD