



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN DEPARTAMENTO DE YORO

ORDEN DE COMPRA Nº 18128



Señor: Corporación Industrial Farmacéutica

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Orbelina Aguilar lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
1	Acetaminofen 100 mg	75	17 00	1275 00
2	Acetaminofen 120 mg	1000	11 00	11000 00
3	Acetaminofen 500 mg	43498	0 35	15224 30
4	Acido folico 1 mg	71400	0 21	14994 00
5	Aciclovir 200 mg	710	2 80	1988 00
6	Albendazol 200 mg	150	0 70	105 00
7	Albendazol 200 mg / 5 ml	150	12 50	1875 00
8	Acido acetil Salicilico	13534	0 38	5142 92
9	Alfametildopa 500 mg	2150	3 90	8385 00
10	Amitripilina 25 mg	500	1 80	900 00
11	amoxicilina 250 mg	470	23 00	10810 00
12	amoxicilina 500 mg	11420	1 00	11420 00
13	Anestesico	103	88 00	9064 00
14	Atenolol 100 mg	12273	0 48	5891 04
15	Agua Destilada	917	5 50	5043 50
16	Betametasona	168	17 00	2856 00
17	Calomina	248	24 00	5952 00
18	Carbamacepina 200 mg	8800	0 78	6864 00
19	Ceftriaxona 500 mg	365	15 00	5475 00
	Von...			
			SUBTOTAL L	
			I.S.V. L	
			TOTAL L	

Imputarse al programa 11/03 Actividad 007 Fondo 14 Cuenta 55110 Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazón Yoro 08/06/22

Recibido por: _____



(Sello) _____



Nombre en Letra Morde

La original para el tesorero con la factura. La copia para el propietario del negocio. Deberá adjuntarse a la factura que los auditores del impuesto constaten la veracidad.



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO

ORDEN DE COMPRA Nº 18129



Señor: Corporación Industrial Farmoceutica

Sírvase entregar al portador Sr. Manuel Abelina Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen...			
20	Ciprofloxacina 500 mg	2144	7 00	2144 00
21	Clotrimazol 500 mg	572	15 00	8580 00
22	Cloranfenicil	142	84 00	11928 00
23	Dexametasona 4 mg	714	8 00	5712 00
24	Dicloxacilina 125 mg	215	35 00	7525 00
25	Diazepan 10 mg	110	100 00	11000 00
26	Dicloxacilina 500 mg	2715	4 20	11403 00
27	Difenhidramina 10 mg	110	52 00	5720 00
28	Difenhidramina 2.5 mg	660	14 00	9240 00
29	Difenhidramina 50 mg	2443	0 90	2198 70
30	Diclofenaco 25 mg	640	7 50	4800 00
31	Doxiciclina 100 mg	1716	2 60	4461 60
32	Enalapril 20 mg	8578	0 40	3431 20
33	Eritromicina 500 mg	718	1 80	1292 40
34	Eritromicina 250 mg	100	28 00	2800 00
35	Fenitoína 125 mg	9	140 00	1260 00
36	Fenitoína 50 mg	9	80 00	720 00
37	Fenitoína 100 mg	4100	7 00	4100 00
	Von...			
SUBTOTAL			L	
I.S.V.			L	
TOTAL			L	

Imputarse al programa 11/03 Actividad 007 Fondo 14 Cuenta 55/10 #Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazón Yoro 08/06/22

Recibido por: _____

Firma



(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

Manuel A. Dis...

Nombre en Letra



La original para el tesorero con la factura.

La copia para el propietario del negocio, Deberá adjuntarse a la factura para que los auditores del impuesto constaten la veracidad.



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO

ORDEN DE COMPRA Nº 18130



Señor: Corporación Industrial Farmacéutica

Sírvase entregar al portador Sr. Madeleny Obelina Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO		TOTAL	
	Vienen:					
38	Fluconazol 150 mg	748	4	80	3590	40
39	Fluoruro de Sodio	1722	0	70	1205	40
40	Fenobarbital 100 mg	8800	1	50	13200	00
41	Furosemida 10 mg	286	8	00	2288	00
42	Furosemida 40 mg	5710	0	50	2855	00
43	Gentamicina 40 mg	214	30	00	6420	00
44	Gentamicina 80 mg	30	6	50	195	00
45	Gentamicina (Sulfato)	20	50	00	7000	00
46	Glibenclamida 5 mg	14300	0	22	3146	00
47	Hioscina 20 mg	143	22	00	3146	00
48	Hioscina 10 mg	2131	3	00	6393	00
49	Hidroclorotiazida 25 mg	1400	0	60	840	00
50	Hidrocortisona 100 mg	110	17	00	1870	00
51	Hidrocortisona 500 mg	430	50	00	21500	00
52	Hidrocortisona (acetato)	120	18	00	2160	00
53	hidroxido de aluminio	600	23	00	13800	00
54	hierro 125 mg	718	14	00	1052	00
55	hierro 300 mg	25740	0	28	7207	20
	Von...					
			SUBTOTAL	L		
			I.S.V.	L		
			TOTAL	L		

Imputarse al programa 11/03 Actividad 007 Fondo 14 Cuenta 5510 #Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazán Yoro 08/06/22

Recibido por:



 Firma

(Sello)


 (F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

 Nombre en Letra

La original para el tesorero con la factura.

La copia para el propietario del negocio. Deberá adjuntarla a la factura para que los auditores del impuesto constaten la veracidad.



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO

ORDEN DE COMPRA Nº 18131



Señor: Corporación Industrial Farmacéutica

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Orbelina Aguilar lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen...			
56	Ibuprofeno 100 mg	259	14 00	3626 00
57	Ibuprofeno 600 mg	8183	0 75	6137 25
58	Ibex Sartan 300 mg	5720	2 48	14185 60
59	Ketorolacoal 2%	143	17 00	2431 00
60	Lidocaina	87	62 00	5394 00
61	Lidocaina	44	62 00	2728 00
62	Loratadina 1mg	395	19 00	7505 00
63	Loratadina 10 mg	4759	0 50	2379 50
64	Lubricante esteril	39	72 00	2808 00
65	Metoclopramida 5 mg	150	10 00	1500 00
66	Metoclopramida 10 mg	1090	0 75	817 50
67	Metocarbamol 500 mg	2131	0 85	1811 35
68	Metronidazol 125 mg	110	14 00	1540 00
69	Metronidazol 500 mg	2185	0 85	1857 25
70	Metronidazol 0.75%	101	140 00	14140 00
71	Mefformina 850 mg	14300	0 90	12870 00
72	Multivitaminas prenatales	35200	0 90	31680 00
73	Multivitaminas adultos	33000	0 60	19800 00
	Var...			
SUBTOTAL			L	
I.S.V.			L	
TOTAL			L	

Imputarse al programa 11/03 Actividad 007 Fondo 14 Cuenta 5510 #Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazán Yoro 08/06/22

Recibido por: 
 Firma: 

(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

Manuel A. Dis...

Nombre en Letra



La original para el tesorero con la factura.
 La copia para el propietario del negocio. Deberá adjuntarse en triplicado para que los auditores del impuesto constaten la veracidad.



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO



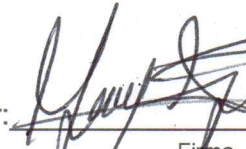

ORDEN DE COMPRA Nº 18132



Señor: Corporación Industrial Farmacéutica
 Sírvase entregar al portador Sr. Marleney Orbelina Aguilar lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen...			
74	Multivitaminas Pediátricas	880	14 00	12320 00
75	Nifedipina 20 mg	1895	1 60	3032 00
76	Nistatina	103	17 00	1751 00
77	Nitrofurantoina 100 mg	560	12 60	7056 00
78	Oxitoxina	142	18 00	2556 00
79	Oxitetraciclina	125	38 00	4750 00
80	Omeprazol 20 mg	5700	0 80	4560 00
81	Permetrina 5%	66	60 00	3960 00
82	Permetrina 1%	70	25 00	1750 00
83	Piridoxina 50 mg	1080	0 70	756 00
84	Petalato Solido	39	70 00	2730 00
85	Polimixina	120	43 50	5220 00
86	Prednisona 5 mg	1592	0 60	955 20
87	Prednisona 50 mg	1102	4 00	4408 00
88	Propranolol 40 mg	3067	0 68	2085 56
89	Penicilina procaina	575	12 00	6900 00
90	Penicilina benzatina	664	10 00	6640 00
91	Ranitidina 150 mg	198	10 00	1980 00
	Van...			
			SUBTOTAL L	
			I.S.V. L	
			TOTAL L	

Imputarse al programa 11 103 Actividad 007 Fondo 14 Cuenta 55110 #Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazán Yoro 08/06/22

Recibido por: 
 Firma 

(Sello) 
 (F) Alcalde Municipal o Encargado Compras
 Nombre en Letra Manuel A. Disc...
 Nombre 

La original para el tesorero con la factura.
 La copia para el propietario del negocio, Debe adjuntarla a la factura para que los auditores del impuesto constaten la veracidad.



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO

ORDEN DE COMPRA Nº 18133



Señor: Corporación Industrial Farmacéutica

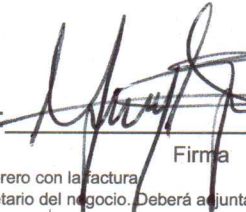

Sírvase entregar al portador Sr. Morley Obelina Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen...			
92	Salbutamol 100 mcg	57	70 00	3990 00
93	Salbutamol 5 mg	87	23 00	2001 00
94	Salbutamol 2 mg	249	13 00	3237 00
95	Sulfadiazina de plata	100	25 00	2500 00
96	Salicilato de metilo	54	80 00	4320 00
97	Tiamina (vitamina B1) 100 MH	215	38 00	8170 00
98	Tiamina 100 mg	1300	0 90	1170 00
99	Linidazol 500 mg	1949	0 70	1364 30
100	Trimetoprim 800 mg	3842	1 50	5763 00
101	Vitamina K1	92	24 00	2208 00
102	Sulfato de zinc	140	23 00	3220 00
103	Yodo + Polivinil	15	85 00	1275 00
			SUBTOTAL	L
			I.S.V.	L
			TOTAL	L
				569,287 17

Imputarse al programa 11/03 Actividad 007 Fondo 14 Cuenta 55110 # Proyecto

Lugar y Fecha: Morazán Yoro 08/06/22

Recibido por: 

 Firma

(Sello)


 (F) Alcalde Municipal o Encargado de...
Manuel A. D.
 Nombre en Letra Morde

La original para el tesorero con la factura.
 La copia para el propietario del negocio. Deberá adjuntarla a la factura para que los auditores del impuesto constaten la veracidad.

CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA (CORINFAR), S.A. DE C.V.

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

FACTURA

Sucursal

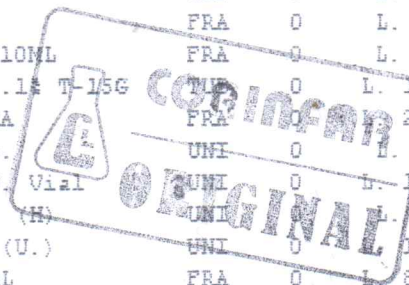
Edificio 504 Local 1
Ave. Junior 5 y 6 Calle N.E.
Tel: +504 2550-0033/34/47

Tel: +504 2229-9091 E-mail: info@corinfar.com
RTN: 08019002265592

Cliente 1806ALC01 ALCALDIA MUNICIPAL MORAZAN YORO
PRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO
Dirección PRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO
Ciudad MORAZAN
Contacto:
RTN Cliente: 18069001010050

No. Factura: 000-004-01-00060809
No. Ref.
Fecha/Hora: 16/6/2022 11:25:41
Vendedor: Y-GONZALEZ
Términos:
O/C Exenta:
Constancia E/R:
Registro SAG:

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0080-F30H80-2110		ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) GOTAS FC	FRA	0	L. 17.00	75 ✓	L. 1,275.00
CFR0081-F12081-2206		ACETAMINOFEN 120mg Jbe 120mL(H)	FRA	0	L. 11.00	1,000 ✓	L. 11,000.00
CFR0002-U	022202	ACETAMINOFEN 500mg Tab. Unit.	UNI	0	L. 0.35	43,498 ✓	L. 15,224.30
CFR0083-U	832207	ACIDO FOLICO 1mg Tab. Unit.	UNI	0	L. 0.21	71,400 ✓	L. 14,994.00
CFR0189-U	1892104	ACICLOVIR 400mg Tableta	UNI	0	L. 2.80	710 ✓	L. 1,988.00
CFR0023-U	232202	CORIVERMIN-2 Tab. U.	UNI	0	L. 0.70	150 ✓	L. 105.00
CFR0022-F10H22-2209		CORIVERMIN-2 Susp. 10mL (H)	FRA	0	L. 12.50	150 ✓	L. 1,875.00
CFR0122-U	1222130	AAS/ASA 100mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.38	13,534 ✓	L. 5,142.92
CFR0180-U	FARMA	ALFAMETILDOPA 500mg Tab.	UNI	0	L. 3.90	2,150 ✓	L. 8,385.00
CFR0177-U	1772201	AMITRIPTILINA 25MG, TABLETA	UNI	0	L. 1.80	500 ✓	L. 900.00
CFR0005-F100717210401		AMOXICOR 250mg Susp. 100mL	FRA	0	L. 23.00	470 ✓	L. 10,810.00
CFR0095-U	706211215	AMOXICILINA 500mg Cap. U.	UNI	0	L. 1.00	11,420 ✓	L. 11,420.00
CFR0250-T40	250-2201	PROCTOCAINE Tube 40g	TUE	0	L. 88.00	103 ✓	L. 9,064.00
CFR0116-U	1162201	ATENOLOL 100mg Tab.	UNI	0	L. 0.48	12,273 ✓	L. 5,891.04
FSA0016-F10	FARMA	AGUA ESTERIL 10ML AMP.	FRA	0	L. 5.50	827 ✓	L. 4,548.50
ACLO001-F10	FARMA	AGUA DESTILADA AMPOLLA 10ML	FRA	0	L. 5.50	90 ✓	L. 495.00
CFR0284-T15	284-2202	BETAMETASONA VALERATO 0.1% T-15G	UNI	0	L. 15.00	168 ✓	L. 2,520.00
CFR0336-F120336-2109		CALAMINA SOLUCION TOPICA	FRA	0	L. 23.00	248 ✓	L. 5,692.00
CFR0099-U	992102	CARBAMAZEPINA 200mg Tab.	UNI	0	L. 0.78	8,800 ✓	L. 6,864.00
CFR0120-U	658200904	CEFTRIAXONA 1g I.M./I.V. Vial	UNI	0	L. 15.00	365 ✓	L. 5,475.00
CFR0071-U	FARMA	CIFROFLOXACINA 500mg U. (H)	UNI	0	L. 1.00	2,144 ✓	L. 2,144.00
CFR0212-U	210670	VAGITROL-C 500mg Ovulo (U.)	UNI	0	L. 15.00	572 ✓	L. 8,580.00
CFR0109-F10	210671	CLORANFENICOL Gotas 10mL	FRA	0	L. 84.00	142 ✓	L. 11,928.00
CFR0113-F2.3644210601		DEXAMETASONA 8MG/2ML VIAL	FRA	0	L. 8.00	714 ✓	L. 5,712.00
PHI0018-PPSH FARMA		DICLOXACILINA 125mg 100mL (H.)	FRA	0	L. 35.00	215 ✓	L. 7,525.00



LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.
LAS FACTURAS QUE SEAN CANCELADAS DESPUES DE 30 DIAS, SE LES APLICARA UN RECARGO DE 2% MENSUAL POR MORA

CAI: 76FF87-7A32F6-0D4F8E-DA5B86-B372E8-61

Sub-Total L. 160,153.76

Rango Autorizado: 000-004-01-00056101 A LA 000-004-01-00061100

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Fecha Límite Emisión: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2022

Descuento L. 0.00

Importe Exonerado 0.00

Importe Exento L. 160,153.76

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 160,153.76

Autorizó: _____ Despatchó: _____ Entregó: _____
Elaboró: ODSANTOS

ACERTADA SIN PROTESTO: LETRA NO. 1/1 POR L. 160,153.76
FECHA: ____/____/____ SE SERVIRA USTED A PAGAR
FIRMA DEUDOR: _____ ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO
A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS
Ciento Sesenta Mil Ciento Cincuenta Tres Lempiras
con Setenta y Seis Centavos

FIRMA CLIENTE

CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA (CORINFAR), S.A. DE C.V.

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Sucursal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

FACTURA

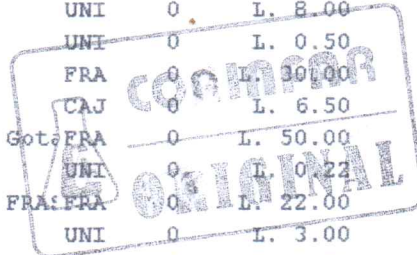
Edificio 504 Local 1
Ave. Junior 5 y 6 Calle N.E.
Tel: +504 2550-0033/34/47

Tel: +504 2229-9091 E-mail: info@corinfar.com
RTN: 08019002265592

Cliente 1806ALC01 ALCALDIA MUNICIPAL MORAZAN YORO
FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO
Dirección FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO
Ciudad MORAZAN
Contacto:
RTN Cliente: 18069001010050

No. Factura: 000-004-01-00060810
No. Ref.
Fecha/Hora: 16/06/2022 17:40:14
Vendedor: Y-GONZALEZ
Términos: _____
O/C Exenta: _____
Constancia E/R: _____
Registro SAG: _____

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
QFR0007-F2	FARMA	RELAX-INJECTA 10mg/2mL IM/IV	FRA	0	L. 100.00	110	L. 11,000.00
PHI0048-U	FARMA	DICLOXACILINA 500mg (Phar) Cap	UNI	0	L. 4.20	2,715	L. 11,403.00
FLY0009-F10	FARMA	ALERGIL Vial 10mL SIN Caja	FRA	0	L. 52.00	110	L. 5,720.00
CFR0030-F120	30-2202	HISTAFED Jbe. 120mL (H)	FRA	0	L. 14.00	660	L. 9,240.00
CFR0027-U	272202	HISTAFED 50mg Cap. U.	UNI	0	L. 0.90	2,443	L. 2,198.70
CPL0034-F3	FARMA	DICLOFENAC 75mg/3mL Amp.	FRA	0	L. 7.50	640	L. 4,800.00
CFR0133-U	1332101	DOXICICLINA 100mg Tab.	UNI	0	L. 2.60	1,716	L. 4,461.60
CFR0089-U	892218	ENALAPRIL 20MG TABLETA	UNI	0	L. 0.40	8,578	L. 3,431.20
CFR0100-U	FARMA	BRITROMICINA 500mg Tab.	UNI	0	L. 1.80	718	L. 1,292.40
CFR0085-FPS685-2214		BRITROMICINA 250MG/5ML 60ML HOSP.	FRA	0	L. 28.00	100	L. 2,800.00
CFR0309-F120	309-2101	FENITOINA SUSPENSION 120ML	FRA	0	L. 140.00	9	L. 1,260.00
VJS0070-F5	FARMA	FENITOINA SODICA 250mg 5mL	FRA	0	L. 80.00	9	L. 720.00
CFR0227-U	2272201	FENITOINA 100MG CAPSULA	UNI	0	L. 1.00	4,100	L. 4,100.00
CFR0236-U	2362101	FLUCONAZOL 150mg CORINFAR Cap.	UNI	0	L. 4.80	748	L. 3,590.40
CFR0066-U	662101	FLUOR 1mg Tab.	UNI	0	L. 0.70	1,722	L. 1,205.40
FMN0012-U	FARMA	FENOBARBITAL 100mg Tab.	UNI	0	L. 1.50	8,800	L. 13,200.00
AFR0060-U	FARMA	FUROSEMIDA 20mg/2ml Amp.	UNI	0	L. 8.00	286	L. 2,288.00
CPL0012-U	FARMA	FUROSEMIDA 40mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.50	5,710	L. 2,855.00
AFR0071-F2	FARMA	ANDIGENT A-40 40MG AMPOLLA 2ML	FRA	0	L. 30.00	214	L. 6,420.00
CPL0058-C1	FARMA	GENTAMICINA 80mg/2mL Amp. 2mL	CAJ	0	L. 6.50	30	L. 195.00
AFR0017-F5	FARMA	ANDIGENT COLIRIO (GENTAMICINA)	Gota FRA	0	L. 50.00	20	L. 1,000.00
CFR0090-U	902201	GLIBENCLAMIDA 5mg Tab.	UNI	0	L. 0.22	14,300	L. 3,146.00
DIG0002-F1	FARMA	HIOSCINA 20MG (ANTIESPASMODICO)	FRAS FRA	0	L. 22.00	143	L. 3,146.00
CFR0056-U	562201	ANTIESPASMODICO 5mg. Tab	UNI	0	L. 3.00	2,131	L. 6,393.00
CFR0149-U	1492105	HIDROCLOROTIAZIDA 25mg Tabs.	UNI	0	L. 0.60	1,400	L. 840.00



LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.

LAS FACTURAS QUE SEAN CANCELADAS DESPUES DE 30 DIAS, SE LES APLICARÁ UN RECARGO DE 2% MENSUAL POR MORA

CAI: 76FF87-7A32F6-0D4F8E-DA5B86-B372E8-61

Sub-Total L. 106,705.70

Rango Autorizado: 000-004-01-00056101 A LA 000-004-01-00061100

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Fecha Límite Emisión: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2022

Descuento L. 0.00

Importe Exonerado 0.00

Importe Exento L. 106,705.70

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 106,705.70

Autorizó

Despachó

Entregó

Elaboró

ACERTADA SIN PROTESTO:

FECHA: _____

FIRMA DEUDOR: _____

GKTORRES

LETRA NO. 1/1 POR L. 106,705.70

SE SERVIRA USTED A PAGAR

ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Ciento Seis Mil Setecientos Cinco Lempiras

con Setenta Centavos

FIRMA CLIENTE

CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA (CORINFAR), S.A. DE C.V.

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Sucursal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

FACTURA

Edificio 504 Local 1
Ave. Junior 5 y 6 Calle N.E.

Tel: +504 2229-9091 E-mail: info@corinfar.com
RTN: 08019002265592

Tel: +504 2550-0033/34/47

Cliente 1806ALC01 ALCALDIA MUNICIPAL MORAZAN YORO
FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO
Dirección FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO

No. Factura: 000-004-01-00060811

No. Ref.

Fecha/Hora: 16/6/2022 12:10:26

Vendedor: Y-GONZALEZ

Ciudad MORAZAN
Contacto:
RTN Cliente: 18069001010050

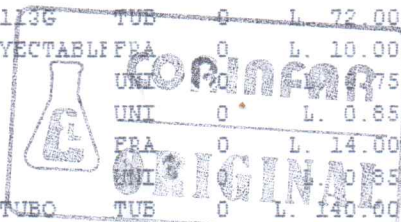
Términos:

O/C Exenta:

Constancia E/R:

Registro SAG:

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0150-FEI	201005	HIDROCORTISONA 100mg Vial	PAC	0	L. 17.00	110 ✓	L. 1,870.00
CFR0088-FEI	210805	HIDROCORTISONA 500mg Vial	FRA	0	L. 50.00	430 ✓	L. 21,500.00
CFR0196-T15	196-2203	HIDROCORTISONA 1% Crema 15g CR	TUB	0	L. 18.00	120 ✓	L. 2,160.00
CFR0277-F180	277-2252	HIDROXICOR SUSP. X 180 ML HO3P	FRA	0	L. 23.00	600 ✓	L. 13,800.00
CFR0233-F30H	233-2209	SULFATO FERROSO Gotas 30mL (H)	FRA	0	L. 14.00	718 ✓	L. 10,052.00
CFR0094-U	FARMA	SULFATO FERROSO 300mg Gragea	UNI	0	L. 0.28	25,740 ✓	L. 7,207.20
CFR0031-F100	31-2215	IBUMETIN Jbe. 100mL (H)	FRA	0	L. 14.00	259 ✓	L. 3,626.00
CFR0105-U	1052202	IBUMETIN 600mg Caplet U.	UNI	0	L. 0.75	8,183 ✓	L. 6,137.25
CFR0220-U	2202220	IRBESARTAN 300mg Tabl.	UNI	0	L. 2.48	5,720 ✓	L. 14,185.60
CFR0156-T20	1562215	KETOCOR 2% Crema 20g	TUB	0	L. 17.00	143 ✓	L. 2,431.00
ESA0014-F50	FARMA	PIBACAINA 2% SIMPLE Fco. 50mL	FRA	0	L. 62.00	87 ✓	L. 5,394.00
ESA0002-F50	FARMA	PIBACAINA C/EPINEFRINA 50mL	FRA	0	L. 62.00	44 ✗	L. 2,728.00
CFR0033-F100	33-2202	LORAFAR Jbe. 100mL (H)	FRA	0	L. 19.00	395 ✓	L. 7,505.00
CFR0034-U	342201	LORAFAR 10mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.50	4,759 ✓	L. 2,379.50
ERM0001-T113	FARMA	GEL LUBRICANTE ESTERIL TUBO 113G	TUB	0	L. 72.00	39 ✓	L. 2,808.00
CELO080-F2	FARMA	METOCLOPRAMIDA 10MG IM/IV INYECTABLE	FRA	0	L. 10.00	150 ✓	L. 1,500.00
CFR0158-U	1582106	METOCLOPRAMIDA 10mg	UNI	0	L. 0.75	1,090 ✓	L. 817.50
CFR0203-U	2032202	METOCARBAMOL 500mg Tab.	UNI	0	L. 0.85	2,131 ✓	L. 1,811.35
CFR0036-F120	36-2202	METRODIN 125 Susp. 120mL (H)	FRA	0	L. 14.00	110 ✓	L. 1,540.00
CELO049-U	FARMA	METRONIDAZOL 500mg/Tab.	UNI	0	L. 0.85	2,185 ✓	L. 1,857.25
AFR0053-T50	PHARMA	ANDIZOL 0.75% GEL 50 GRAMOS TUBO	TUB	0	L. 140.00	101 ✓	L. 14,140.00
CFR0175-U	1752186	METFORMINA 850mg Tab.	UNI	0	L. 0.90	14,300 ✓	L. 12,870.00
CFR0287-U	2872203	COMPLEVIT FEMME CAP. (PRENATAL)	UNI	0	L. 0.90	35,200 ✓	L. 31,680.00
CFR0012-U	122203	COMPLEVIT Cap..	UNI	0	L. 0.60	33,000 ✓	L. 19,800.00



LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.

LAS FACTURAS QUE SEAN CANCELADAS DESPUES DE 30 DIAS, SE LES APLICARA UN RECARGO DE 2% MENSUAL POR MORA

CAI: 76FF87-7A32F6-0D4F8E-DA5B66-B372E8-61

Sub-Total L. 189,799.65

Rango Autorizado: 000-004-01-00056101 A LA 000-004-01-00061100

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Fecha Límite Emisión: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2022

Descuento L. 0.00

Importe Exonerado 0.00

Importe Exento L. 189,799.65

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 189,799.65

Autorizó _____
Despachó _____
Entregó _____
ACEPTADA SIN PROTESTO:
FECHA: ____/____/____
FIRMA DEUDOR: _____

ODSANTOS

Elaboró

LETRA NO. 1/1 POR L. 189,799.65

SE SERVIRA USTED A PAGAR

ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Ciento Ochenta Nueve Mil Setecientos Noventa Nueve Lempiras con Sesenta y Cinco Centavos

FIRMA CLIENTE

Original: Cliente - Copia: Contabilidad - Copia(2): Archivo

CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA (CORINFAR), S.A. DE C.V.

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Sucursal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

FACTURA

Edificio 504 Local 1
Ave. Junior 5 y 6 Calle N.E.

Tel: +504 2229-9091 E-mail: info@corinfar.com
RTN: 08019002265592

Tel: +504 2550-0033/34/47

Cliente 1806ALC01 ALCALDIA MUNICIPAL MORAZAN YORO
FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO
Dirección FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO
Ciudad MORAZAN
Contacto:
RTN Cliente: 18069001010050

No. Factura: 000-004-01-00060812
No. Ref.
Fecha/Hora: 16/06/2022 12:28:58
Vendedor: Y-GONZALEZ
Términos: _____
O/C Exenta: _____
Constancia E/R: _____
Registro SAG: _____

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0013-F120	13-2202	COMPLEVIT Jbe. 120mL (H)	FRA	0	L. 14.00	880 ✓	L. 12,320.00
CFR0162-U	FARMA	NIPEDIPINA 20mg Tab. U.	UNI	0	L. 1.60	1,895 ✓	L. 3,032.00
CFR0181-F30H	181-2201	NISTATINA GOTAS SUSP. FRASCO 30ML	FRA	0	L. 17.00	103 ✓	L. 1,751.00
PLLO095-U	PHARMA	NYVU RETARD UNIDAD	UNI	0	L. 12.60	560 ✓	L. 7,056.00
PSA0011-F1	B16E126	OXITOPISA 5 U.I. Amp. 1mL	FRA	0	L. 18.00	142 ✓	L. 2,556.00
AFR0031-T5	FARMA	VEXIN PLUS Ungüento 5g U.	TUB	0	L. 38.00	125 ✓	L. 4,750.00
CFR0228-U	2282210	PRAZIDEC O- 20 Capsula	UNI	0	L. 0.80	5,700 ✓	L. 4,560.00
CFR0255-F60H	FARMA	PERMETRINA 5%	FRA	0	L. 60.00	66 ✗	L. 3,960.00
CFR0255-F60H	FARMA	SHAMPOO DE PERMETRINA Manzana	FRA	0	L. 25.00	70 ✗	L. 1,750.00
CFR0174-U	1742105	VITAMINA B6 (PIRIDOXINA) Tab.	UNI	0	L. 0.70	1,080 ✓	L. 756.00
ALM0003-T454	70300120I	PETROLATO SOLIDO TARRO 1LB	FRA	0	L. 70.00	39 ✓	L. 2,730.00
CFR0272-T20	272-2202	NEOCIDIN Ungüento 20g	TUB	0	L. 43.50	120 ✓	L. 5,220.00
CFR0082-U	822201	PREDNISONA 5mg Tab.	UNI	0	L. 0.60	1,592 ✓	L. 955.20
CFR0092-U	922103	PREDNISONA 50mg Tableta	UNI	0	L. 4.00	1,102 ✓	L. 4,408.00
CFR0167-U	1672201	PROPRANOLOL 40mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.68	3,067 ✓	L. 2,085.56
ULT0007-U	FARMA	PENICILINA PROCAINICA FORTIFICADA 4M	UNI	0	L. 12.00	575 ✓	L. 6,900.00
ULT0009-U	ULT191101B	PENICILINA BENZATINICA 1.2 MEGA	UNI	0	L. 10.00	664 ✓	L. 6,640.00
CPL0078-U	213212135	RANITIDINA AMPOLLA 150MG FRASCO 2ML	FRA	0	L. 10.00	198 ✓	L. 1,980.00
CPL0061-C1	2121403	SALBUTAMOL 100mcg INH.	CAJ	0	L. 70.00	57 ✓	L. 3,990.00
CFR0191-F15H	191-2201	CORIBUTOL SOL. P/ NEBULIZAR 15ML	FRA	0	L. 23.00	87 ✓	L. 2,001.00
CFR0018-F120	18-2201	CORIBUTOL Jbe. 120mL (H)	FRA	0	L. 13.00	249 ✓	L. 3,237.00
CFR0126-T20	126-2206	SULF. DE PLATA 1% Crema 20g	TUB	0	L. 25.00	100 ✓	L. 2,500.00
CFR0054-F454	54-2108	SALICILATO DE METILO Tarro 1lb	FRA	0	L. 80.00	54 ✓	L. 4,320.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS. EXIJALA.

LAS FACTURAS QUE SEAN CANCELADAS DESPUES DE 30 DIAS, SE LES APLICARA UN RECARGO DE 2% MENSUAL POR MORA

CA: 76FF87-7A32F6-0D4F8E-DA5B86-B372E8-61

Rango Autorizado: 000-004-01-00056101 A LA 000-004-01-00061100

Fecha Limite Emisión: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2022

Sub-Total	L. 89,457.76
Dto. Línea/3ra. Edad	L. 0.00
Descuento	L. 0.00
Importe Exonerado	0.00
Importe Exento	L. 89,457.76
Importe Gravado	L. 0.00
Impuesto 15%	L. 0.00
Total	L. 89,457.76



GKTORRES
Elaboró

Autorizó _____ Despachó _____ Entregó _____

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 89,457.76

FECHA: ___/___/___

SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

FIRMA DEUDOR: _____

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS
Ochenta Nueve Mil Cuatro Cientos Cincuenta Siete Lempiras
con Setenta y Seis Centavos

FIRMA CLIENTE

CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA (CORINFAR), S.A. DE C.V.

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Sucursal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

FACTURA

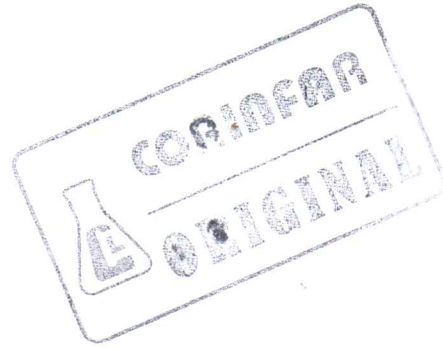
Edificio 504 Local 1
Ave. Junior 5 y 6 Calle N.E.
Tel: +504 2550-0033/34/47

Tel: +504 2229-9091 E-mail: info@corinfar.com
RTN: 08019002265592

Cliente 1806ALC01 ALCALDIA MUNICIPAL MORAZAN YORO
FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO
Dirección FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO
Ciudad MORAZAN
Contacto:
RTN Cliente: 18069001010050

No. Factura: 000-004-01-00060813
No. Ref.
Fecha/Hora: 16/06/2022 12:20:22
Vendedor: Y-GONZALEZ
Términos: _____
O/C Exento: _____
Constancia EIR: _____
Registro SAG: _____

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
FLY0095-F10	21030015	TIAMINA 100mg Vial 10mL S/Caja	FRA	0	L. 38.00	215 ✓	L. 8,170.00
CFR0068-U	682102	VITAMINA B1 (TIAMINA) 100mg	UNI	0	L. 0.90	1,300 ✓	L. 1,170.00
CFR0049-U	492109	TINIDAZOL 500mg Tab. Unit.	UNI	0	L. 0.70	1,949 ✓	L. 1,364.30
CFR0064-U	642104	TRISULFAM 480mg Tab. U.	UNI	0	L. 1.50	3,842 ✓	L. 5,763.00
SLP0003-F1	BY040A	VITAMINA K AMPOLLA 10MG FRASCO 1 ML	FRA	0	L. 24.00	92 ✓	L. 2,208.00
CFR0215-F120	215-2203	CORIZINC Jbe. 120mL (Hosp.)	FRA	0	L. 23.00	140 ✓	L. 3,220.00
CFR0225-F500	255-2201	YODO POVIDONA Fco. 500mL	FRA	0	L. 85.00	15 ✓	L. 1,275.00



LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.
LAS FACTURAS QUE SEAN CANCELADAS DESPUES DE 30 DIAS, SE LES APLICARÁ UN RECARGO DE 2% MENSUAL POR MORA

CAI: 76FF87-7A32F6-0D4F8E-DA5B86-B372E8-61

Rango Autorizado: 000-004-01-00056101 A LA 000-004-01-00061100

Fecha Límite Emisión: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2022

Sub-Total	L. 23,170.30
Dto. Línea/3ra. Edad	L. 0.00
Descuento	L. 0.00
Importe Exonerado	0.00
Importe Exento	L. 23,170.30
Importe Gravado	L. 0.00
Impuesto 15%	L. 0.00
Total	L. 23,170.30

GKTORRES
Elaboró

Autorizó _____ Despachó _____ Entregó _____

ACEPTADA SIN PROTESTO: LETRA NO. 1/1 POR L. 23,170.30
SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO
A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS
Veinte Tres Mil Ciento Setenta Lempiras
con Treinta Centavos

FECHA: ____/____/____
FIRMA DEUDOR: _____

FIRMA CLIENTE



Banco de Occidente, S.A.

GARANTÍA BANCARIA N°. 303/2022 NO NEGOCIABLE

GARANTIA DE CALIDAD

GARANTIA DE CALIDAD NO.303/2022

FECHA DE EMISION: 15 DE JUNIO DE 2022

NUMERO Y TITULO DEL LLAMADO A LICITACIÓN: LICITACION PUBLICA LPN No. 1806 01 2021 / MUNICIPALIDAD DE MORAZAN, DEPARTAMENTO DE YORO

GARANTIZADO: CORPORACIÓN INDUSTRIAL FARMACÉUTICA, S.A. DE C.V. (CORINFAR)

DIRECCION Y TELÉFONO: CALLE HACIA REPRESA LOS LAURELES, INTERSECCIÓN CON ANILLO PERIFÉRICO, COMPLEJO DE BODEGAS #3, COMAYAGÜELA, HONDURAS, TEL: 2229-9091

Garantía a favor de **MUNICIPALIDAD MORAZAN, DEPARTAMENTO DE YORO**, para garantizar que el Garantizado, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, **CUMPLIRÁ** cada uno de los términos, cláusulas, responsabilidades y obligaciones estipuladas en el contrato firmado al efecto entre el Garantizado y el Beneficiario, para la Ejecución del Proyecto: **LICITACIÓN PUBLICA LPN 1806 01 2021 "Suministro de medicamentos de primera necesidad para proyecto descentralizado de salud MUNICIPALIDAD DE MORAZAN, DEPARTAMENTO DE YORO**

SUMA GARANTIZADA: L28,500.00 (VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS LEMPIRAS EXACTOS)


VIGENCIA: Del 8 de junio, 2022, hasta el 8 de junio, 2023

BENEFICIARIO: MUNICIPALIDAD DE MORAZAN, DEPARTAMENTO DE YORO

CLÁUSULA OBLIGATORIA: LA PRESENTE GARANTIA DE CALIDAD, SERA EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DE LA MUNICIPALIDAD DE MORAZAN, DEPARTAMENTO DE YORO, ACOMPAÑADA DE UN CERTIFICADO DE INCUMPLIMIENTO, EXTENDIDO POR EL SEÑOR ALCALDE DE MORAZAN YORO.

En fe de lo cual, se emite la presente Garantía, en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, a los quince días del mes de junio del año dos mil veintidós.

*****ULTIMA LINEA*****


FIRMA AUTORIZADA




FIRMA AUTORIZADA