



UMAPS

UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA
POTABLE Y SANEAMIENTO

ORDEN DE COMPRA DE ALMACEN

Fecha | 31/05/2022

OCA 2022 No. 42

Nombre del Proveedor:

CORINFAR

Teléfono: (504)97700763

Entregar el Pedido a:

UMAPS Central

No.	CÓDIGO ARTÍCULO	DESCRIPCION DEL ARTICULO	MARCA	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO	VALOR
1	2538	LORATADINA 10 MG / TABLETAS	CORINFAR	C/U	1000.00	0.5000 L.	500.00
2	3289	ACETAMINOFEN 500MG / TABLETAS	CORINFAR	C/U	2000.00	0.4000 L.	800.00
3	4142	ESPARADRAPO GROSOR 2" TRANSPARENTE / CAJA	ELITE DE 1 PULGAD	C/U	2.00	25.0000 L.	50.00
4	5483	IBUPROFENO 600 MG TABLETAS	CORINFAR	C/U	500.00	0.9000 L.	450.00
5	5484	DICLOFENACO POTASICO 50 MG / TABLETAS	CAPLINT POINT	C/U	1000.00	2.7000 L.	2,700.00
6	5485	DIFENHIDRAMINA CAPSULAS 50 MG	CORINFAR	C/U	1000.00	0.9000 L.	900.00
7	5486	DICLOXACILINA CAPSULAS DE 500 MG	PHARMA INTERNAC	C/U	1000.00	3.3000 L.	3,300.00

Detalle de Compra:

PARA SER UTILIZADO EN LA CLINICA DEL PLANTEL LOS FILTROS SOLICITADA POR LA COORDINACION ADMINISTRATIVA SEGUN SACM 43-2022 COT-UMAPS-55-2022 RESERVA PRESUPUESTARIA 33

El plazo de cumplimiento de compra comienza a correr a partir de la comunicación de la orden de compra debidamente firmada y sellada, acompañada del documento F01 correspondiente a nivel de compromiso o su equivalente. En aplicación al Artículo 72 de la Ley de Contratación del Estado las instituciones pueden aplicar la multa diaria vigente establecida en las Disposiciones Generales del Presupuesto de Agua Potable y Saneamiento.

ELABORADO POR

Jefe Departamento de Compras
UMAPS

APROBADO POR

Sub Gerente Administrativo Financiero

ENVIE FACTURAS A:
UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA POTABLE
Y SANEAMIENTO (UMAPS).

ORDEN DE
TRABAJO

CUENTA

SUB CTA

DIVISION

SISTEMA

OBJETO

VALOR

Fecha de Impresión | 31/05/2022

S.I.A.
SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

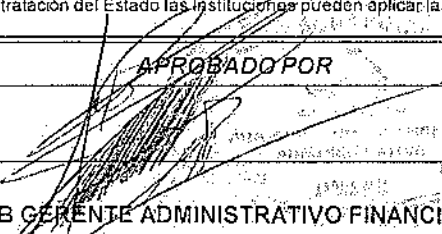
OCA N° 42
Pagina N° 1

Nº.	CODIGO ARTICULO	DESCRIPCION DEL ARTICULO	MARCA	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO	VALOR
8	5487	AMOXICILINA 500 MG CAPSULAS	CORINFAR	C/U	1000.00	1.0000 L.	1,000.00
9	5489	METOCARBAMOL 500 MG / TABLETAS	CORINFAR	C/U	1000.00	0.8500 L.	850.00
10	5491	CIPROFLOXACINO 500 MG TABLETAS	PHARMA INTERNAC	C/U	1000.00	1.4000 L.	1,400.00
11	5492	PREDNISONA DE 50 MG TABLETAS	CORINFAR	C/U	500.00	4.0000 L.	2,000.00
12	5493	FUROSEMIDA 40 MG TABLETAS	CAPLINT POINT	C/U	100.00	0.7000 L.	70.00
13	5495	DICLOFENAC 75 MG/ 3ML / AMPOLLAS IM	CAPLINT POINT	C/U	200.00	5.5000 L.	1,100.00
14	5497	TIAMINA VITAMINA B1/100 IML. / 1 M.	FINLAY	C/U	30.00	36.0000 L.	1,080.00
15	5498	SUERO ORAL / SOBRES	CORINFAR	Caja	5.00	215.0000 L.	1,075.00
16	5728	ALERGIL CREMA DE 20 GRAMOS /TUBO	FINLAY	Tubo	20.00	44.0000 L.	880.00
17	5730	METOCLOPRAMIDA 10MG / 2ML / AMPOLLA IM	ANDIFAR	C/U	20.00	8.5000 L.	170.00
18	5731	ALERGIL 10MG / FRASCO 10 ML / IM	FINLAY	Frasco	3.00	54.0000 L.	162.00
19	5735	HIDROCORTISONA 1% CREMA DE 15 GRAMOS /TUBO	CORINFAR	Tubo	20.00	24.0000 L.	480.00

Detalle de Compra:

PARA SER UTILIZADO EN LA CLINICA DEL PLANTEL LOS FILTROS SOLICITADA POR LA COORDINACION ADMINISTRATIVA SEGUN SACM 43-2022 COT-UMAPS-55-2022 RESERVA PRESUPUESTARIA 33

El plazo de cumplimiento de compra comienza a correr a partir de la comunicación de la orden de compra debidamente firmada y sellada, acompañada del documento F01 correspondiente a nivel de compromiso o su equivalente. En aplicación al Artículo 72 de la Ley de Contratación del Estado las Instituciones pueden aplicar la multa diaria vigente establecida en las Disposiciones Generales del Presupuesto.

ELABORADO POR  JEFE DEPARTAMENTO DE COMPRAS		APROBADO POR  SUB GERENTE ADMINISTRATIVO FINANCIERO					
ENVIE FACTURAS A: UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO (UMAPS).	ORDEN DE TRABAJO	CUENTA	SUB CTA	DIVISION	SISTEMA	OBJETO	VALOR

Detalle de Compra:

El plazo de cumplimiento de compra comienza a correr a partir de la comunicación de la orden de compra debidamente firmada y sellada, acompañada del documento F01 correspondiente a nivel de compromiso o su equivalente. En aplicación al Artículo 72 de la Ley de Contratación del Estado las instituciones pueden aplicar la multa diaria vigente establecida en las Disposiciones Generales del Presupuesto.

ENVIE FACTURAS A:
UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA POTABLE
Y SANEAMIENTO (UMAPS).

ORDEN DE TRABAJO

CUENTA

SUB QTA

DIVISION

SISTEMA

051530

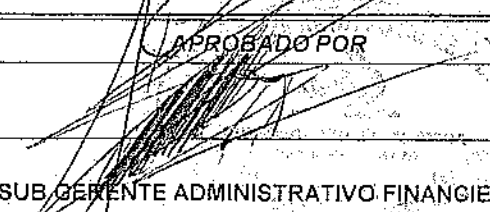
[illegible]

No.	CODIGO ARTICULO	DESCRIPCION DEL ARTICULO	MARCA	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO	VALOR
***** ULTIMA LINEA *****						SUB-TOTAL L.	61,520.00
Tipo de Pago: Credito						I.S.V. L.	0.00
Plazo de Entrega: 3 DIAS DESPUES DE RECIBIDA OCA						TOTAL L.	61,520.00

Detalle de Compra:

PARA SER UTILIZADO EN LA CLINICA DEL PLANTEL LOS FILTROS SOLICITADA POR LA COORDINACION ADMINISTRATIVA SEGUN SACM 43-2022
COT-UMAPS-55-2022 RESERVA PRESUPUESTARIA 33

El plazo de cumplimiento de compra comienza a correr a partir de la comunicación de la orden de compra debidamente firmada y sellada, acompañada del documento F01 correspondiente a nivel de compromiso o su equivalente. En aplicación al Artículo 72 de la Ley de Contratación del Estado las instituciones pueden aplicar la multa diaria vigente establecida en las Disposiciones Generales del Presupuesto.

ELABORADO POR		APROBADO POR					
							
JEFE DEPARTAMENTO DE COMPRAS		SUB GERENTE ADMINISTRATIVO FINANCIERO					
ENVIE FACTURAS A: UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO (UMAPS).	ORDEN DE TRABAJO	CUENTA	SUB CTA	DIVISION	SISTEMA	OBJETO	VALOR

42670



UMAPS

UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA
POTABLE Y SANEAMIENTO

INVITACIÓN A COTIZAR

COT.55

NOMBRE / CASA COMERCIAL |

Laboratorio CormFar

DIRECCIÓN |

Col. Los Laureles Intersección con Anillo Periferico Buleva #3

R.T.N. |

08019002265592

TELÉFONO |

9770-0763

CORREO |

ventas@lscu@lscu.com

FECHA DE COTIZACIÓN | miércoles, 18 de mayo de 2022

VALIDEZ DE OFERTA | 30 días

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
1	ACETAMINOFEN 500MG / TABLETAS	CormFar	C/U	2000.00	L 0.40	L 800.00
2	ALBENDAZOL DE 200 MG. TABLETA	CormFar	C/U	500.00	L 0.85	L 425.00
3	ALERGIL 10MG / FRASCO 10 ML / IM	Enlay	Frasco	3.00	L 54.00	L 162.00
4	ALERGIL CREMA DE 20 GRAMOS / TUBO	Enlay	Tubo	20.00	L 44.00	L 880.00
5	AMOXICILINA 500 MG CAPSULAS	CormFar	C/U	1000.00	L 1.00	L 1000.00
6	ASEPTOSAN 240 ML FRASCO <u>gluconato clorhexidina</u>	CormFar	Frasco	2.00	L 150.00	L 300.00
7	AZITROMICINA 500 MG TABLETA	Cepin Point	C/U	500.00	L 16.00	L 800.00

OBSERVACIONES

NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Credito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

3 días hábiles

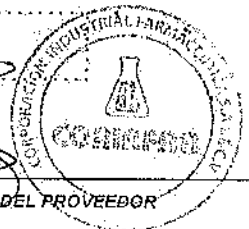
VIGENCIA DE GARANTIA |

Producto con fecha mayor a 18 meses de vigencia

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR: KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



Solicitado por: Coordinación Administrativa

Cotización N° 55

Impresión: Fecha: 18/05/2022

De SAC N° 43

Hora: 11:00:42 a.m.

Página N° 1

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

18/05/22

Nº.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
8	CEFTRIAXONA 1 GRAMO / VÍA IM	CormFar	C/U	50.00	L 30.00	L 1,500.00
9	CIPROFLOXACINO 500 MG. TABLETAS	Pharma Internacional	C/U	1000.00	L 1.40	L 1,400.00
10	CLOTRIMAZOL CREMA DE 15 GRAMOS / TUBO	CormFar	Tubo	20.00	L 22.00	L 440.00
11	CORIZINC.FORTE DE 100 MG. TABLETA	CormFar	C/U	500.00	L 5.00	L 2,500.00
12	DEPRESORES (BAJA LENGÜA)	Nipso	Caja	5.00	L 48.00	L 240.00
13	DEXAMETASONA 8 MG / AMPOLLAS / IM	CormFar	C/U	200.00	L 8.00	L 1,600.00
14	DICLOFENAC 75 MG/ 3ML / AMPOLLAS IM	Caplin Point	C/U	200.00	L 5.50	L 1,100.00
15	DICLOFENACO POTASICO 50 MG / TABLETAS	Caplin Point	C/U	1000.00	L 2.70	L 2,700.00
16	DICLOXACILINA CÁPSULAS DE 500 MG	Pharma Internacional	C/U	1000.00	L 3.30	L 3,300.00
17	DIFENHIDRAMINA CÁPSULAS 50 MG (Aistafed)	CormFar	C/U	1000.00	L 0.90	L 900.00
18	DIPIRONA DE 1 GRAMO / AMP 2 ML. / IM	Caplin Point	C/U	200.00	L 5.80	L 1,160.00
19	DORGOL FORTE TABLETAS	Euroforma	C/U	500.00	L 10.00	L 5,000.00
20	ESPARADRAPO GROSOR 2" TRANSPARENTE / CAJA Se cotiza esparadrapo 1 Pulgada	elite	C/U	2.00	L 25.00	L 50.00

OBSERVACIONES | NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%.

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes: 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Credito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

3 días hábiles

VIGENCIA DE GARANTIA |

producto con vigencia 18 meses

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR SANAA
KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

Cotización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 2

S.I.A.
SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

18/05/22

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Preço por Unidad	Valor
21	FUROSEMIDA 40 MG TABLETAS	Caplin Point	C/U	100.00	L 0.70	L 70.00
22	FUROSEMIDA DE 10 MG. / 2 ML. EN AMPOLLA	AndiFar	C/U	20.00	L 8.00	L 160.00
23	GASA ESTÉRIL 4X4 100 UNIDADES /CAJA	AnPhar	Caja	5.00	L 145.00	L 725.00
24	GUANTES DESCARTABLES TALLA M /CAJA	Blosson	Caja	5.00	L 280.00	L 1,400.00
25	HIDROCORTISONA 1% CREMA DE 15 GRAMOS / TUBO	CorinFar	Tubo	20.00	L 24.00	L 480.00
26	HIOSCINA BUTILBROMURO DE 20 MG. / AMP. 1 ML. /IM	HiHron	C/U	50.00	L 11.00	L 550.00
27	HOJA DE BISTURÍ QUIRÚRGICO NÚMERO 11 / CAJA de cotiza #12	CorinFar	Caja	1.00	L 185.00	L 185.00
28	IBUPROFENO 600 MG TABLETAS	CorinFar	C/U	500.00	L 0.90	L 450.00
29	JERINGA 1ML. AGUJA DESCARTABLES /CAJA	Eagle	Caja	1.00	L 170.00	L 170.00
30	JERINGA 3-CC 21G X 1 1/2" (CAJA DE 100 UNID.)	Eagle	Caja	3.00	L 170.00	L 510.00
31	JERINGA 5 CC 21-G X 1 1/2 UNIDADES	Eagle	Caja	3.00	L 180.00	L 540.00
32	LANCEIA PARA PRUEBA DE GLUCOMETRIA (CAJA 100 UNID.)	CorinFar	Caja	1.00	L 68.00	L 68.00
33	LANZOPRAZOL 30 MG (Providel)	CorinFar	C/U	1000.00	L 5.50	L 5,500.00

OBSERVACIONES | NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Crédito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

3 días hábiles

VIGENCIA DE GARANTÍA |

producto con vigencia de 18 meses

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR SANA
KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

Cotización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 3

S.I.I.A.
SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

18/05/22

No.	Descripción del Artículo./Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
34	LORATADINA 10 MG / TABLETAS	Corinfar	C/U	1000.00	L 0.50	L 500.00
35	MACRO C_19 DE 120 ML. / GOTERO DE 10 ML	Andifar	C/U	200.00	L 135.00	L 27,000.00
36	METOCARBAMOL 500 MG / TABLETAS	Corinfar	C/U	1000.00	L 0.85	L 850.00
37	METOCLOPRAMIDA 10MG / 2ML / AMPOLLA IM	Andifar	C/U	20.00	L 8.50	L 170.00
38	METRONIDAZOL 500 MG / TABLETA	Pharmc International	C/U	300.00	L 0.85	L 255.00
39	NEBULIZADOR 15% producto Paga ISV	Beurer medical	C/U	1.00	L 2,000.00	L 2,000.00
40	NEBULIZADOR /KIT DE NEBULIZACION (guia mas mascarilla) 15% producto Paga ISV	EAGLE	C/U	2.00	L 65.00	L 130.00
41	NEOBOL CREMA DE 30 GRAMOS	Uniphar	Tubo.	10.00	L 245.00	L 2,450.00
42	PRENISONA DE 50 MG TABLETAS	Corinfar	C/U	500.00	L 4.00	L 2,000.00
43	SUERO ORAL / SOBRES	Corinfar	Caja x50	5.00	L 215.00	L 1,075.00
44	FIAMINA VITAMINA B1/100 IML / 1 M	Emlay	C/U	30.00	L 36.00	L 1,080.00
45	TRIME PROPIN SULFA 150/800/ TABLETA	Pharmc International	C/U	500.00	L 3.30	L 1,650.00
46	VENOCLISIS	EAGLE	C/U	5.00	L 9.80	L 49.00

OBSERVACIONES: NOTA: EL KIT DE NEBULIZACION DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Credito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

3 días hábiles

VIGENCIA DE GARANTIA |

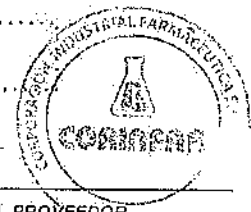
producto con vigencia 18 meses

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR SANAA
KARLA SALINAS

Josue Esato

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



Solicitado por: Coordinación Administrativa

Cotización N°55

Impresión: Fecha: 18/05/2022

De SAC N° 43

Hora: 11:00:42 a.m.

S.I.A.
SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Página N° 4

18/05/22

No.	Descripción del Artículo / Servicio.	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
ÚLTIMA LÍNEA SE DEBE CONTAR CON LA CONSTANCIA ACTUALIZADA DE LA SAR, REGISTRO BENEFICIARIO SIAFI Y PERMISO DE OPERACION VIGENTE O CONSTANCIA DEL TRAMITE CORRESPONDIENTE EN LA A.M.D.C. NOTA: NO SE ACEPTA BORRONES NI TACHADURAS EN ESTA COTIZACIÓN.						SUBTOTAL L 83,474.00 IMPUESTO L 319.50 TOTAL L 83,793.50

OBSERVACIONES | NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%

ÚLTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS | Lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO | Crédito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA | 3 días hábiles

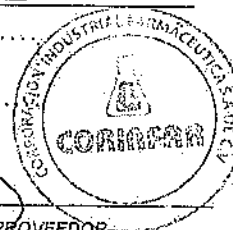
VIGENCIA DE GARANTÍA | Producto con vigencia 18 meses

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR SANAA
KARLA SALINAS

Josue
Escoto

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

Cotización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 5

Y
02/05/22



UMAPS

UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA
POTABLE Y SANEAMIENTO

INVITACIÓN A COTIZAR

COT.55

NOMBRE / CASA COMERCIAL | Fundación Mejorando el Futuro de Honduras
DIRECCIÓN | B° Concepción, Edificio Villa Real, segundo nivel
R.T.N. | 0801-9011-409758 TELÉFONO | 32682716 CORREO | fundacionmejorandofuturo@yahoo.com

FECHA DE COTIZACIÓN | miércoles, 18 de mayo de 2022

VALIDEZ DE OFERTA |

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
1	ACETAMINOFEN 500MG / TABLETAS		C/U	2000.00	L 1.05	L 2,100.00
2	ALBENDAZOL DE 200 MG. TABLETA		C/U	500.00	L 2.00	L 1,000.00
3	ALERGIL 10MG / FRASCO 10 ML / IM		Frasco	3.00	L 60.00	L 180.00
4	ALERGIL CREMA DE 20 GRAMOS / TUBO		Tubo	20.00	L 50.00	L 1,000.00
5	AMOXICILINA 500 MG. CAPSULAS		C/U	1000.00	L 1.25	L 1,250.00
6	ASEPTOSAN 240 ML. FRASCO		Frasco	2.00	L 195.00	L 390.00
7	AZITROMICINA 500 MG. TABLETA		C/U	500.00	L 20.35	L 10,175.00

OBSERVACIONES

NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Credito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

VIGENCIA DE GARANTIA |

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR: SANAA
KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

Cotización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 1

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
8	CEFTRIAXONA 1 GRAMO / M.A. IM		C/U	50.00	L 40.05	L 2,002.50
9	CIPROFLOXACINO 500 MG TABLETAS		C/U	1000.00	L 1.42	L 1,420.00
10	CLOTRIMAZOL CREMA DE 15 GRAMOS / TUBO		Tubo	20.00	L 24.70	L 494.00
11	CORIZINC-FORTE DE 100 MG. TABLETA		C/U	500.00	L 5.47	L 2,735.00
12	DEPRESORES (BAJA LENGUA)		Caja	5.00	L 60.00	L 300.00
13	DEXAMETASONA 8 MG / AMPOLLAS / IM		C/U	200.00	L 12.67	L 2,534.00
14	DICLOFENAC 75 MG / 3ML / AMPOLLAS IM		C/U	200.00	L 6.34	L 1,268.00
15	DICLOFENACO POTASICO 50 MG / TABLETAS		C/U	1000.00	L 1.43	L 1,430.00
16	DICLOXACILINA CAPSULAS DE 500 MG		C/U	1000.00	L 3.74	L 3,740.00
17	DIFENHIDRAMINA CAPSULAS 50 MG		C/U	1000.00	L 1.03	L 1,030.00
18	DIPIRONA DE 1 GRAMO / AMP. 2 ML. / IM		C/U	200.00	L 8.00	L 1,600.00
19	DORCOL-FORTE TABLETAS		C/U	500.00	L 13.66	L 6,830.00
20	ESPARADRAPO GROSOR 2" TRANSPARENTE / CAJA		C/U	2.00	L 34.00	L 68.00

OBSERVACIONES | NOTA: EL KIT DE NEBULIZACION DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS | lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO | Credito Minimo de 30-Dias

PLAZO DE ENTREGA |

VIGENCIA DE GARANTIA |

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR SANAA
KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

S.I.I.A.
SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Cotización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 2

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
21	FUROSEMIDA 40 MG TABLETAS		C/U	100.00	L 1.10	L 110.00
22	FUROSEMIDA DE 10 MG. / 2 ML. EN AMPOLLA		C/U	20.00	L 10.02	L 200.40
23	GASA ESTÉRIL 4X4 100 UNIDADES /CAJA		Caja	5.00	L 200.00	L 1,000.00
24	GUANTES DESCARTABLES TALLA M /CAJA		Caja	5.00	L 350.00	L 1,750.00
25	HIDROCORTISONA 1% CREMA DE 15 GRAMOS / TUBO		Tubo	20.00	L 35.00	L 700.00
26	HIOSCINA BUTILBROMURO DE 20 MG. / AMP. 1 ML. / M		C/U	50.00	L 22.00	L 1,100.00
27	HOJA DE BISTURÍ QUIRÚRGICO. NÚMERO 11 / CAJA		Caja	1.00	L 200.00	L 200.00
28	IBUPROFENO 600 MG TABLETAS		C/U	500.00	L 1.10	L 550.00
29	JERINGA 1ML AGUJA DESCARTABLES /CAJA		Caja	1.00	L 165.00	L 165.00
30	JERINGA 3 CC. 21G X 1 1/2" (CAJA DE 100 UNID.)		Caja	3.00	L 218.00	L 654.00
31	JERINGA 5 CC 21 G X 1 1/2. UNIDADES		Caja	3.00	L 180.00	L 540.00
32	LANCETA PARA PRUEBA DE GLUCOMETRIA (CAJA 100 UNID.)		Caja	1.00	L 75.00	L 75.00
33	LANZOPRAZOL 30 MG		C/U	1000.00	L 6.00	L 6,000.00

OBSERVACIONES | NOTA : EL KIT DE NEBULIZACION DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS | lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO | Credito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

VIGENCIA DE GARANTIA |

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR: SANA
KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

S.I.A.
SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Cotización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 3

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
34	LORATADINA 10 MG / TABLETAS		C/U	1000.00	L 0.90	L 900.00
35	MACRO C... 19 DE 120 ML / GOTERO DE 10 ML		C/U	200.00	L 142.14	L 28,428.00
36	METOCARBAMOL 500 MG / TABLETAS		C/U	1000.00	L 0.94	L 940.00
37	METOCLOPRAMIDA 10MG / 2ML / AMPOLLA IM		C/U	20.00	L 8.93	L 178.60
38	METRONIDAZOL 500 MG / TABLETA		C/U	300.00	L 0.97	L 291.00
39	NEBULIZADOR		C/U	1.00	L 2,500.00	L 2,500.00
40	NEBULIZADOR / KIT DE NEBULIZACIÓN		C/U	2.00	L 83.78	L 167.56
41	NEOBOL CREMA DE 30 GRAMOS		Tubo	10.00	L 250.00	L 2,500.00
42	PREDNISONA DE 50 MG / TABLETAS		C/U	500.00	L 7.12	L 3,560.00
43	SUERO ORAL / SOBRES		Caja	5.00	L 220.00	L 1,100.00
44	TIAMINA VITAMINA B1/100 IML / I M		C/U	30.00	L 48.56	L 1,456.80
45	TRIMETROPIN SULFA 180/800 / TABLETA		C/U	500.00	L 3.68	L 1,840.00
46	VENOCLISIS		C/U	5.00	L 8.37	L 41.85

OBSERVACIONES | NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Credito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

VIGENCIA DE GARANTÍA |

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR SANAA
KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

Cotización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 4

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
-----	-------------------------------------	-------	--------	---------------------	-------------------	-------

ÚLTIMA LÍNEA

SE DEBE CONTAR CON LA CONSTANCIA ACTUALIZADA DE LA SAR, REGISTRO BENEFICIARIO SIAT Y PERMISO DE OPERACION VIGENTE O CONSTANCIA DEL TRÁMITE CORRESPONDIENTE EN LA A.M.D.C.

NOTA: NO SE ACEPTA BORRONES NI TACHADURAS EN ESTA COTIZACIÓN.

SUBTOTAL L 98,494.71
 IMPUESTO L 400.13
 TOTAL L 98,894.84

OBSERVACIONES | NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS | lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO | Crédito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

VIGENCIA DE GARANTIA |

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR SANAA
 KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

S.I.A.
 SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Cotización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 5



UMAPS

UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA
POTABLE Y SANEAMIENTO

INVITACIÓN A COTIZAR

COT.55

NOMBRE / CASA COMERCIAL |

MV FARMA

DIRECCIÓN |

Aldea el Chombo Santa Lucía Km7 CA. Principal Frente a Herrer

R.T.N. |

0801 1977 037644

TELÉFONO |

9602-6730

CORREO |

mvfarmatequis@yahoo.es

FECHA DE COTIZACIÓN | miércoles, 18 de mayo de 2022

VALIDEZ DE OFERTA |

8 días

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
1	ACETAMINOFEN 500MG / TABLETAS	Proveton	C/U	2000.00	L 0.63	L 1,260.00
2	ALBENDAZOL DE 200 MG. TABLETA	Select Pharma	C/U	500.00	L 14.00	L 7,000.00
3	ALERGIL 10MG / FRASCO 10 ML. / IM	Finlay	Frasco	3.00	L 77.00	L 231.00
4	ALERGIL CREMA DE 20 GRAMOS / TUBO	Finlay	Tubo	20.00	L 56.00	L 1,120.00
5	AMOXICILINA 500 MG CAPSULAS	Drofade	C/U	1000.00	L 1.26	L 1,260.00
6	ASEPTOSAN 240 ML FRASCO	Finlay	Frasco	2.00	L 252.00	L 504.00
7	AZITROMICINA 500 MG. TABLETA	Captin	C/U	500.00	L 19.60	L 9,800.00

OBSERVACIONES |

NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Credito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

2 días

VIGENCIA DE GARANTIA |

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en las inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR SANAA
KARLA SALINAS

FIRMA DEL PROVEEDOR
Campos Herrer

Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

S.I.A.
SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Cotización N°55

De SAC N° 43

Página N° 1

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
8	CEFTRIAXONA 1 GRAMO / VÍA IM	G Y G	C/U	50.00	L 28.00	L 1,400.00
9	CIPROFLOXACINO 500 MG TABLETAS	Coplin	C/U	1000.00	L 1.89	L 1,890.00
10	CLOTRIMAZOL CREMA DE 15 GRAMOS / TUBO (se certifica de 20 gr)	Coplin	Tubo	20.00	L 21.00	L 420.00
11	CORBIZIN FORTE DE 100 MG, TABLETA	Corintiv	C/U	500.00	L 7.94	L 3,970.00
12	DEPRESORES (BAJA LENGUA) ***	Nigro	Caja	5.00	L 35.00	L 175.00
13	DEXAMETASONA 8 MG / AMPOLLAS / IM	Andifar	C/U	200.00	L 5.95	L 1,190.00
14	DICLOFENAC 75 MG/ 3ML / AMPOLLAS IM	Andifar	C/U	200.00	L 6.44	L 1,288.00
15	DICLOFENACO POTASICO 50 MG / TABLETAS	Pharma Internacional	C/U	1000.00	L 3.08	L 3,080.00
16	DICLOXACILINA CAPSULAS DE 500 MG	Coplin	C/U	1000.00	L 3.36	L 3,360.00
17	DIFENHIDRAMINA CAPSULAS 50 MG	Medyken	C/U	1000.00	L 2.59	L 2,590.00
18	DIPIRONA DE 1 GRAMO / AMP. 2 ML / IM	Pharma Internacional	C/U	200.00	L 7.42	L 1,484.00
19	DORCOL FORTE TABLETAS (se certifica klorproan)	Select Pharma	C/U	500.00	L 4.62	L 2,310.00
20	ESPARADRAPO GROSOR 2" TRANSPARENTE / CAJA	3 M	C/U	2.00	L 546.00	L 1,092.00

OBSERVACIONES | NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Crédito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

2 días

VIGENCIA DE GARANTIA |

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR: SANA
KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR

Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

S.I.A.
SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Cotización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 2

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
21	FUROSEMIDA 40 MG TABLETAS	Caplin	CAJ	100.00	L 0.84	L 84.00
22	FUROSEMIDA DE 10 MG. / 2 ML. EN AMPOLLA	Andifar	CAJ	20.00	L 7.70	L 154.00
23	GASA ESTÉRIL 4X4 100 UNIDADES /CAJA	Caplin	Caja	5.00	L 154	L 770.00
24	GUANTES DESCARTABLES TALLA M /CAJA	Liveck	Caja	5.00	L 336.00	L 1,680.00
25	HIDROCORTISONA 1% CREMA DE 15 GRAMOS / TUBO	Pharma International	Tubo	20.00	L 50.40	L 1,008.00
26	HIOSCINA BUTILBROMURO DE 20 MG. / AMP. 1 ML. / IM	Andifar	CAJ	50.00	L 24.92	L 1,246.00
27	HOJA DE BISTURÍ QUIRÚRGICO NUMERO 11 /CAJA		Caja	1.00	L 182.00	L 182.00
28	IBUPROFENO 600 MG TABLETAS	Diagnos	CAJ	500.00	L 1.05	L 525.00
29	JERINGA 1ML AGUJÁ DESCARTABLES /CAJA	Alfamede	Caja	1.00	L 782.00	L 782.00
30	JERINGA 3 CC. 21 G X 1 1/2" (CAJA DE 100 UNID.)	Alfamede	Caja	3.00	L 168.00	L 504.00
31	JERINGA 5 CC 21 G X 1 1/2 UNIDADES	Alfamede	Caja	3.00	L 168.00	L 504.00
32	LANCETA PARA PRUEBA DE GLUCOMETRÍA (CAJA 100 UNID.)	Viva Check	Caja	1.00	L 91.00	L 91.00
33	LANZOPRAZOL 30 MG	Caplin	CAJ	1000.00	L 2.03	L 2,030.00

OBSERVACIONES | NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Credito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

2 días

VIGENCIA DE GARANTIA |

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR SANAA
KARLA SALINAS



Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

S.I.A.
SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Cotización N°55

De SAC N° 43

Página N° 3

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
34	LORATADINA 10 MG / TABLETAS	Pharma Internacional	C/U	1000.00	L 0.91	L 910.00
35	MACRO C ₁₉ DE 120 ML. / GOTERO DE 10 ML.	Andifar	CAJ	200.00	L 154.00	L 30,800.00
36	METOCARBAMOL 500 MG / TABLETAS	Caplin	C/U	1000.00	L 2.20	L 2,200.00
37	METOCLOPRAMIDA 10MG / 2ML / AMPOLLA 1M	Andifar	C/U	20.00	L 9.80	L 196.00
38	METRONIDAZOL 500 MG / TABLETA	Pharma Internacional	C/U	300.00	L 0.94	L 282.00
39	NEBULIZADOR	Voltage	C/U	1.00	L 7,263.50	L 7,263.50
40	NEBULIZADOR KIT DE NEBULIZACION ***	Alfamedic	C/U	2.00	L 36.53	L 73.06
41	NEOBOL CREMA DE 30 GRAMOS	Pharmansa	Tubo	10.00	L 796.00	L 7,960.00
42	PREDNISONA DE 50 MG TABLETAS	Select Pharma	C/U	500.00	L 7.98	L 3,990.00
43	SUERO ORAL / SOBRES ***	Analmo	Caja	5.00	L 231.01	L 1,155.00
44	TIAMINA VITAMINA B ₁ 100 (ML. / 1 M	Finlay	C/U	30.00	L 44.80	L 1,344.00
45	TRIMETROPIN SULFA 160/800 / TABLETA	Pharma Internacional	C/U	500.00	L 1.75	L 875.00
46	VENOCLISIS	Qyao	C/U	5.00	L 9.10	L 45.50

OBSERVACIONES | NOTA: EL KIT DE NEBULIZACION DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Credito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

2 dias

VIGENCIA DE GARANTIA |

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR SANTA
KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR
FARM

Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

S.I.A.
SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Colización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 4

No.	Descripción del Artículo / Servicio	Marca	Unidad	Cantidad Solicitada	Precio por Unidad	Valor
ÚLTIMA LÍNEA SE DEBE CONTAR CON LA CONSTANCIA ACTUALIZADA DE LA SAR, REGISTRO BENEFICIARIO SIAP Y PERMISO DE OPERACION VIGENTE O CONSTANCIA DEL TRAMITE CORRESPONDIENTE EN LA A.M.D.C. NOTA: NO SE ACEPTA BORRONES NI TACHADURAS EN ESTA COTIZACIÓN.				SUBTOTAL	L	99,478.11
				IMPUESTO	L	210.47
				TOTAL	L	99,688.58

OBSERVACIONES | NOTA: EL KIT DE NEBULIZACIÓN DEBE SER PARA ADULTO 15%

ULTIMA FECHA PARA ENTREGA DE OFERTAS |

lunes, 23 de mayo de 2022

CONDICIONES DE PAGO |

Credito Mínimo de 30 Días

PLAZO DE ENTREGA |

2 días

VIGENCIA DE GARANTIA |

Al presentar esta oferta declaro que ni el Representante Legal o la Empresa se encuentran comprendidos en la inhabilidades descritas en los Artículos 15 y 16 de la Ley de Contratación del Estado.

COTIZADOR, SANAA
KARLA SALINAS

FIRMA Y SELLO DEL PROVEEDOR



Solicitado por | Coordinación Administrativa

Impresión | Fecha: 18/05/2022

Hora: 11:00:42 a.m.

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Cotización N° 55

De SAC N° 43

Página N° 5

UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO

CERTIFICADO DE RECIBIDO DE ALMACEN

No.18-22

FECHA COMAYAGUELA M.D.C 14 DE JUNIO DEL 2022

CERTIFICAMOS QUE EN ESTA FECHA HEMOS RECIBIDO SATISFACTORIAMENTE DE:

CORINFAR S.A DE C.V

FACT. 000-004-01-00060745

000-004-01-00060746

ORDEN DE COMPRA No.

2022 - 42

ITEM	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	LORATADINA 10mg / TABLETAS	C/U	1,000	L. 0.50	L. 500.00
2	ACETAMINOFEN 500mg / TABLETAS	C/U	2,000	L. 0.40	L. 800.00
3	ESPARADRAPO GROSOR 2" TRANSPARENTE	C/U	2	L. 25.00	L. 50.00
4	IBUPROFENO 600mg / TABLETAS	C/U	500	L. 0.90	L. 450.00
5	DICLOFENACO POTASICO 50mg / TABLETAS	C/U	1,000	L. 2.70	L. 2,700.00
6	DIFENHIDRAMINA CAPSULAS 50mg	C/U	1,000	L. 0.90	L. 900.00
7	DICLOXACILINA CAPSULAS DE 500mg	C/U	1,000	L. 3.30	L. 3,300.00
8	AMOXICILINA 500mg CAPSULAS	C/U	1,000	L. 1.00	L. 1,000.00
9	METOCARBAMOL 500mg / TABLETAS	C/U	1,000	L. 0.85	L. 850.00
10	CIPROFLOXACINO 500mg / TABLETAS	C/U	1000	L. 1.40	L. 1,400.00
11	PREDNISOLONA DE 50mg / TABLETAS	C/U	500	L. 4.00	L. 2,000.00
12	FUROSEMIDA 40mg / TABLETAS	C/U	100	L. 0.70	L. 70.00
13	DICLOFENAC 75mg / 3ml /AMPOLLA	C/U	200	L. 5.50	L. 1,100.00
14	TIAMINA VITAMINA B1/100ml AMPOLLA	C/U	30	L. 36.00	L. 1,080.00
15	SUERO ORAL / SOBRES	CAJA	5	L. 215.00	L. 1,075.00
16	ALERGIL CREMA DE 20G / TUBO	C/U	20	L. 44.00	L. 880.00
	ULTIMA LINEA.....				
	SUB TOTAL				L. 18,155.00
	MAS 15 % IMPTO SOBRE VENTAS				
				TOTAL	
				VAN.....	L. 18,155.00

PARA SER UTILIZADO EN LA CLINICA DEL PLANTEL LOS FILTROS.

RECIBIDO POR:

Nombre JOSE ABELINO AVILA

ORIGINAL: Trámite de Pago

1a. COPIA: Compras y Suministros

2a. COPIA: Almacén

REVISADO Y APROBADO POR:

UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO

CERTIFICADO DE RECIBIDO DE ALMACEN

No.18-22

UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO

FECHA COMAYAGUELA M.D.C 14 DE JUNIO DEL 2022

CERTIFICAMOS QUE EN ESTA FECHA HEMOS RECIBIDO SATISFACTORIAMENTE DE:

CORINFAR S.A DE C.V

FACT. 000-004-01-00060745

000-004-01-00060746

ORDEN DE COMPRA No.

2022 - 42

ITEM	DESCRIPCION DEL ARTICULO	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
17	METOCLOPRAMIDA 10mg / 2ml AMPOLLA	C/U	20	L. 8.50	L. 170.00
18	ALERGIL 10mg / FRASCO 10ml	C/U	3	L. 54.00	L. 162.00
19	HIDROCORTISONA 1% CREMA DE 15mg / TUBO	C/U	20	L. 24.00	L. 480.00
20	MACRO-C19 DE 120ml / GOTERO DE 10ml	C/U	200	L. 135.00	L. 27,000.00
21	AZITROMICINA 500mg / TABLETA	C/U	500	L. 16.00	L. 8,000.00
22	CORIZINC FORTE DE 100mg / TABLETA	C/U	500	L. 5.00	L. 2,500.00
23	ALBENDAZOL DE 200mg / TABLETA	C/U	500	L. 0.85	L. 425.00
24	DIPIRONA DE 1G / AMPOLLA 2ml	C/U	200	L. 5.80	L. 1,160.00
25	HIOSCINA BULTIBROMURO DE 20ml / AMPOLLA 1ml	C/U	50	L. 11.00	L. 550.00
26	LANCETA PARA PRUEBA DE GLUCOMETRIA CAJA 100 UNIDA	C/U	1	L. 68.00	L. 68.00
27	METRONIDAZOL 500mg / TABLETA	C/U	300	L. 0.85	L. 255.00
28	GUANTES DESCARTABLES TALLA M / CAJA	C/U	5	L. 280.00	L. 1,400.00
29	GASA ESTERIL 4X4 CAJA / 100 UNIDADES	C/U	5	L. 145.00	L. 725.00
30	JERINGA DE 1ml AGUJA DESCARTABLE / CAJA	C/U	1	L. 170.00	L. 170.00
31	ASEPTOSAN 240ml FRASCO	C/U	2	L. 150.00	L. 300.00
	ULTIMA LINEA				
				BIENEN	L. 18,155.00
					L. 43,365.00
	SUB TOTAL				
	MAS 15 % IMPTO SOBRE VENTAS			TOTAL	L. 61,520.00

PARA SER UTILIZADO EN LA CLINICA DEL PLANTEL LOS FILTROS.

RECIBIDO POR:

Nombre JOSE ABELINO AVILA

ORIGINAL: Trámite de Pago

1a. COPIA: Compras y Suministros

2a. COPIA: Almacen

REVISADO Y APROBADO POR:

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

TEGUICIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Calle Hacienda La Represa Los Laureles,

Intersección con Anillo Periférico,

Tel: +504 2229-0091

E-mail: info@corinfar.com

RTN: 08019002285592

FACTURA

Sucursal

Edificio 604 Local 1

Ave. Junier 6 y 6 Calle N.E.

Tel: +504 2550-0033/3447

Cliente: 00032404 UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO DEL Dpto.
1RA AVE DE COMAYAGUELA 13 CALLE FRENTE A YUDE CANAHUATI
Disección: 1RA AVE DE COMAYAGUELA 13 CALLE FRENTE A YUDE CANAHUATI
ESQUINA OPUESTA A LA GASOLINERA TEXACO
Ciudad: COMAYAGUELA
Contacto:
RTN Cliente: 08019021244088

No. Factura: 000-004-01-000559745

No. Ref.

Fecha/Hora: 19/6/2022 10:45:09

Vendedor: I-ESCOTO

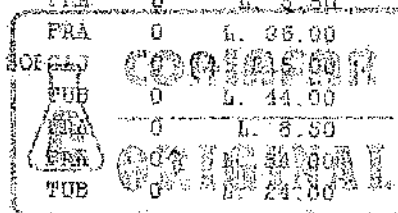
Términos:

O/C Exenta:

Constancia E/R:

Registro SAG:

Código	Loie	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CF00034-U	342201	DORAFAR 10mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.50	1,000	L. 500.00
CF00002-U	022204	ACETAMINOFEN 500mg Tab. Unit.	UNI	0	L. 0.40	2,000	L. 800.00
AF00549-U	FARMA	ESPARADRAPO TRANSPARENTE SCM X 5 YDS	UNI	0	L. 25.00	2	L. 50.00
CF00105-U	1052202	TRUHEFIN 600mg Caplet. U.	UNI	0	L. 0.90	500	L. 450.00
CF00025-U	FARMA	DICLOFENAC POTASICO 50mg U.	UNI	0	L. 2.70	1,000	L. 2,700.00
CF00027-U	272202	HISTAPED 50mg Cap. U.	UNI	0	L. 0.90	1,000	L. 900.00
PH00048-U	FARMA	DICLOXACILINA 500mg (Phac) Cap	UNI	0	L. 3.30	1,000	L. 3,300.00
CF00095-U	706210501	AMOXICILINA 500mg Cap. U.	UNI	0	L. 1.00	1,000	L. 1,000.00
CF00202-U	2022203	METOCARBAMOL 500mg Tab.	UNI	0	L. 0.85	1,000	L. 850.00
CF00031-U	FARMA	CIPROFLOXACINA 500mg Tab.	UNI	0	L. 1.40	1,000	L. 1,400.00
CF00092-U	922103	PREDNISONA 50mg Tableta	UNI	0	L. 4.00	500	L. 2,000.00
CF00012-U	FARMA	PUROSEMIDA 40mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.70	100	L. 70.00
CF00034-F2	FARMA	DICLOFENAC 75mg/3ml Amp.	FRA	0	L. 5.50	200	L. 1,100.00
FL00095-F10	FARMA	TIAMINA 100mg Vial 10ml 3/Caja	FRA	0	L. 36.00	30	L. 1,080.00
CF00251-C50C	2512102	SALES DE REHIDRATACION COCO X 30	BOGAL	0	L. 29.00	5	L. 1,450.00
FL00005-T20	FARMA	ALERGIL Crema 20g	TUB	0	L. 44.00	20	L. 880.00
AF00031-F1	FARMA	CLOPATAR 10 mg/2 ml Amp.	FRA	0	L. 8.50	20	L. 170.00
FL00009-F10	FARMA	ALERGIL Vial 10ml SIN Caja	FRA	0	L. 42.00	3	L. 126.00
CF00196-F15	196-2204	HIDROCORTISONA 1% Crema 15g CR	TUB	0	L. 24.00	20	L. 480.00
AF001010-F120	PHARMA	MACRO C-19 SOLUCION 120ML	FRA	0	L. 135.00	200	L. 27,000.00
CF00067-U	FARMA	AZITROMICINA 500mg	UNI	0	L. 16.00	500	L. 8,000.00
CF00313-U	3132105	CORIXINC FORTE 100MG TABLETA	UNI	0	L. 5.00	500	L. 2,500.00
CF00023-U	232202	CORIVERMIN-2 Tab. U.	UNI	0	L. 0.85	500	L. 425.00
CF00036-F2	FARMA	DIPIRONA 1g Ampolla 2ml	FRA	0	L. 5.80	200	L. 1,160.00
DT00002-F1	FARMA	KLONOPIN 20MG (ANTIESPASMODICO)	FRA:FRA	0	L. 11.00	50	L. 550.00



LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXJALA.

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

CA: 78FF87-7A32F6-0D4F8E-D45B85-B372E8-61

Rango Autorizado: 000-004-01-00056101 A LA 000-004-01-000561100

Fecha Límite Emisión: 22 DE SEPTIEMBRE DE 2022

OCA 2022 No. 42

Sub-Total L. 58,602.00

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Desuento L. 0.00

Importe Exonerado 0.00

Importe Exento L. 38,602.00

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 58,602.00

Autógrafa Despacho Entregó ODSANTOS

Elaboró

ACEPTAZA SIN PROTESTO:

FECHA: 19/06/22

FIRMA DEUDOR:

LETRA NO. 1/1 POR L. 58,602.00

SE SERVIRA USTED A PAGAR

ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Cincuenta Ocho Mil Seis Cientos Dos Lempiras

y Cero Centavos

[Signature] 13-06-22
FECHA CUENTE

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

Calle Macia La Represa Los Laureles,

Intersección con anillo Periférico,

Tel: +504 2220-9091

E-mail: info@corinfar.com

CCN: 08019002265592

FACTURA

Sucursal

Edificio 504 Local 1

Ave. Junior 5 y 8 Calle N.E.

Tel: +504 2550-0033/4447

Cliente: 08018A04 UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO DEL Dpto. Ref.
 1RA AVE DE COMAYAGUELA 13 CALLE FRENTE A YUDE CANAHUATI
 Dirección: 1RA AVE DE COMAYAGUELA 13 CALLE FRENTE A YUDE CANAHUATI
 ESQUINA OPUESTA A LA GASOLINERA TEXACO
 Ciudad: COMAYAGUELA
 Contacto:
 GTN Cliente: 08019021244096

No. Factura: 000-004-01-00060726

Dpto. Ref.

Fecha/Hora: 13/6/2022 10:54:08

Vendedor: I-BSCOTO

Términos:

O/C Exento:

Constancia E/R:

Registro SAG:

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR2002-C100 FARMA		LANCETAS 28G Caja x 100 Uds.	CAJ	0	L. 68.00	1	L. 68.00
CFR0049-U FARMA		METRONIDAZOL 500mgTab.	UNI	0	L. 0.85	200	L. 170.00
ALB0502-MC10 FARMA		GUANTES DE LATEX N CAJA X 100 UNIDADES	CAJ	0	L. 280.00	5	L. 1,400.00
AFR0560-C100 FARMA		GASA 4x4" 8PLY CADA X 100 UNIDADES	CAJ	0	L. 145.00	5	L. 725.00
ELR0508-U FARMA		JERINGA 1 ML X25G 5/8	UNI	0	L. 1.70	100	L. 170.00
FLR0015-FR40 FARMA		ACEPTOSAN SOL. 240ml	FRA	0	L. 150.00	2	L. 300.00



LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJA LA.

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

CAN 76FF87-7A32F6-0D4F8E-DA5B86-B372E8-51

Sub-Total L. 2,918.00

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

OCA 2022 No. 42

Importe Exonerado 0.00

DOSANTOS

Importe Exento L. 2,918.00

Elaboró

Importe Gravado L. 0.00

Autorizó

Despachó

Entregó

Impuesto 15% L. 0.00

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 2,918.00

Total L. 2,918.00

FECHA: / /

SE SERVIRA USTED A PAGAR

ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Dós Mil Novecientos Dieciocho Lempiras

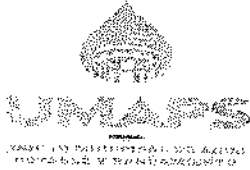
y Cero Centavos

FIRMA DEUDOR:

[Signature] 13-06-22
 FIRMA CLIENTE

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

UNIDAD MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO



Orden de Pago

Fecha : 16/06/2022

Hora: 09:15:07

Usuario: SVASQUEZ

01-000171-2022

Fecha 16/06/2022

Control de OP UMAPS

171

No. 01-000171-2022

Nó. Partida: 157 2022

Código Contable: 11 013 07 302 01

Fondo Fondos Propios

Organismo Municipios

Convenio UMAPS

Centro de Costo Administrativa

Departamento Administrativa

Valor: 61,520.00

Beneficiario 08019002265592 CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA (CORINFAR) S.A DE C.V

Monto L. 61,520.00

Valor Deducciones L. 0.00

TOTAL A PAGAR L. 61,520.00

Descripción CONCEPTO DE PAGO POR LA COMPRA DE MEDICAMENTOS VARIOS PARA SER UTILIZADOS EN LA CLINICA DE SALUD EN EL PLANTEL LOS FILTROS, SEGUN MEMORANDUM DCS-086-2022, FACTURA No. 000-004-01-00060745 Y 000-004-01-00060746, RECIBO No. 32748, OCA 2022 No. 42.

***** OBJETOS DE GASTO POR ESTA ORDEN *****

Código	Descripción del Objeto del Gasto	Valor
352	PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES	61,520.00

PROGRAMACION FINANCIERA

CONTROL INTERNO

RÉCIBI CONFORME



O.K.
Luis Vasquez

CONTABILIDAD

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA

DE IDENTIDAD

0199928910199999999999#02131202