



# MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

## DEPARTAMENTO DE YORO

ORDEN DE COMPRA Nº 18520



Señor: Corinfar SA de CV

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

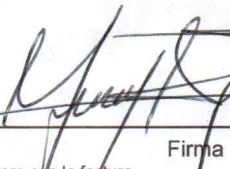

lo siguiente:


No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
1	Acetaminofen 100 mg/ml	200	17 00	3,400 00
2	Acetaminofen 120 mg/15 ml	2000	12 00	24,000 00
3	Acetaminofen 500 mg	108000	0 30	32,400 00
4	Aciclovir 200 mg/5 ml	12	130 00	1,560 00
5	Acido acetyl salicilico 100 mg	9030	0 38	3,431 40
6	Acido folico 1 mg	216000	0 19	41,040 00
7	Agua destilada 10 ml	301	5 25	1,580 25
8	Albendazol 200 mg	200	0 70	140 00
9	Albendazol 200 mg/5 ml	100	12 00	1,200 00
10	Alfometildopa 500 mg	350	3 60	1,260 00
11	Amitriptilina 25 mg	200	1 75	350 00
12	Amoxicilina (trihidrato) 250 mg	2000	33 00	66,000 00
13	Amoxicilina (trihidrato) 500 mg	40000	0 80	32,000 00
14	Anestésico local	130	50 00	6,500 00
15	Atenolol 100 mg	8680	0 44	3,819 20
16	Azitromicina 500 mg	2000	11 00	22,000 00
17	Betametasona	282	17 00	4,794 00
18	Colomina al 8%	130	22 00	2,860 00
19	Carbamacepina 200 mg	270	0 80	216 00
	Van...			

SUBTOTAL	L	
I.S.V.	L	
TOTAL	L	

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

Lugar y Fecha: Morazán Yoro 25/10/22

Recibido por:   
 Firma 

(Sello)   
 (F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras  
Manuel A. Diseco  
 Nombre en Letra Molde

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 18521



Señor: Coriofar SA de CV

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen...			
20	Ceftriaxona (sódica)	432	30 00	12,960 00
21	Ciprofloxacina 500mg	4000	1 30	5,200 00
22	clotrimazol 500mg	260	11 00	2,860 00
23	cloranfenicol 0.5l.	150	23 00	3,450 00
24	Diclofenaco (sódica)	100	3 00	300 00
25	Dexametazona (fosfato) 4mg	1000	5 00	5,000 00
26	Dicloxacilina (sódica) 125mg	400	35 00	14,000 00
27	Diazepan 5mg/ml	130	82 00	10,660 00
28	Diazepan 10mg	2000	5 00	10,000 00
29	Dicloxacilina 500mg	430	3 50	1,505 00
30	Difenhidramina 2.5mg/ml	217	14 00	3,038 00
31	Difenhidramina 10mg	20	50 00	1,000 00
32	Difenhidramina 50mg	4000	0 85	3,400 00
33	Diclofenaco (sódica) 50mg	3500	0 50	1,750 00
34	Doxiciclina 100mg	8874	1 30	11,536 20
35	Enalapril (malato) 20mg	7501	0 35	2,625 35
36	Eritromicina 500mg	2000	2 50	5,000 00
37	Eritromicina 250mg/5ml	300	27 00	8,100 00
	Van...			
			<b>SUBTOTAL</b> L	
			<b>I.S.V.</b> L	
			<b>TOTAL</b> L	

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

Lugar y Fecha: Morazán Yoro 25/10/22

Recibido por: \_\_\_\_\_

Firma

(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Contables

Nombre en Letra Molde

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 18522



Señor: Corinfar SA de CV

Sírvase entregar al portador Sr. Morley Aguilar


lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen...			
38	Fenitoina (sódica) 125 mg	3	130 00	390 00
39	Fenitoina (sódica) 100 mg	2000	1 00	2000 00
40	Fluconazol 150 mg	1500	4 80	7200 00
41	Fluoruro de sodio 2.2 mg	3360	0 50	1680 00
42	Fenobarbital (sódica) 100 mg	20000	1 50	30000 00
43	Furosemida 10 mg/ml	700	8 00	5600 00
44	Furosemida 40 mg	11300	0 45	5085 00
45	Gentamicina 40 mg/ml	390	20 00	7800 00
46	Gentamicina 80 mg/ml	320	6 00	1920 00
47	Gentamicina (sulfato) 0.3%	55	70 00	3850 00
48	Glibenclámido 5 mg	25000	0 21	5250 00
49	Atropina 20 mg/ml	300	14 00	4200 00
50	Atropina 10 mg	5000	1 60	8000 00
51	Hidroclorotiazida 25 mg	3500	0 45	1575 00
52	Hidrocortisona 100 mg	300	20 00	6000 00
53	Hidrocortisona 500 mg	1000	40 00	40000 00
54	Hidroxido de aluminio 600 mg	250	21 00	5250 00
55	Hidrocortisona (acetato) al 1%	1500	18 00	27000 00
	Von...			
			<b>SUBTOTAL</b> L	
			<b>I.S.V.</b> L	
			<b>TOTAL</b> L	

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

Lugar y Fecha: Morazán Yoro 25/10/22

Recibido por:

  
  
 Firma

(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

  
  
 Nombre en Letra Molde

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



# MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

## DEPARTAMENTO DE YORO

ORDEN DE COMPRA N° 18523



Señor: Corinfar SA de CV



Sírvase entregar al portador Sr. Morleny Aguilar



lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen...			
56	Hierro (sulfato ferroso) 125 mg	1000	13 80	13,800 00
57	Hierro (sulfato ferroso) 300 mg	65000	0 39	25,350 00
58	Ibuprofeno 100 mg / 5 ml	1340	13 00	17,420 00
59	Ibuprofeno 600 mg	21610	0 70	15,127 00
60	Ibersartan 300 mg	10670	2 18	23,260 60
61	Ketorolaco 2%	330	15 00	4,950 00
62	Lidocaina	132	62 00	8,184 00
63	Lidocaina cartucho	220	17 00	3,740 00
64	Lidocaina cartucho	50	17 00	850 00
65	Loratadina 1 mg	730	17 00	12,410 00
66	Loratadina 10 mg	10000	0 45	4,500 00
67	Lubricante Esteril	71	55 00	3,905 00
68	Metoclopramida 5 mg	300	7 50	2,250 00
69	Metoclopramida 10 mg	2000	0 75	1,500 00
70	Metocarbamol 500 mg	2360	0 85	2,006 00
71	Metronidazol 125 mg / 5 ml	150	14 00	2,100 00
72	Metronidazol 500 mg	2000	0 85	1,700 00
73	Metronidazol 0.75% (gel vaginal)	70	90 00	6,300 00
	Van...			
SUBTOTAL			L	
I.S.V.			L	
TOTAL			L	

Imputarse al programa 11103 Actividad 007 Fondo 14 Cuenta 55110 # Proyecto \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: Morazán Yoro 25/10/22

Recibido por:   
  
 Firma

(Sello)   
 (F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras  
  
 Nombre en Letra Molde

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 18524

Señor: Coriofac SA de CV

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen...			
74	Metformina 850 mg	29900	0 65	19,435 00
75	Multivitaminas Prenatales	69340	0 90	62,406 00
76	Multivitaminas adultas	65000	0 60	39,000 00
77	Multivitaminas Pediatricas	1710	14 00	23,940 00
78	Nifedipina 20 mg	1400	1 10	1,540 00
79	Nistatina 100,000 U/ml	50	17 00	850 00
80	Nitrofurantoina 100 mg	1000	12 60	12,600 00
81	Oxitoxina	300	18 00	5,400 00
82	Oxitetraciclina	250	38 00	9,500 00
83	Omeprazol 20 mg	21640	0 80	17,312 00
84	Piridoxina 50 mg	100	0 50	50 00
85	Petrolato Solido	30	90 00	2,700 00
86	Polimixina	210	40 00	8,400 00
87	Prednisono 5 mg	3890	0 60	2,334 00
88	Prednisona 50 mg	2200	3 60	7,920 00
89	Propranolol 40 mg	1000	0 65	650 00
90	Penicilina procaina	200	10 00	2000 00
91	Penicilina benzatinica	1300	8 90	11,570 00
	Van...			
			SUBTOTAL L	
			I.S.V. L	
			TOTAL L	

Imputarse al programa 11103 Actividad 007 Fondo 14 Cuenta 55110 #Proyecto \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: Morazán yoro 25/10/22

Recibido por: \_\_\_\_\_

Firma

(Sello)

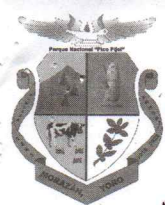
(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

Manuel A. Discua

Nombre en Letra Molde

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 18525



Señor: Coriofar SA de CV

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen			
92	Ranitidina 50mg/2ml	150	8 50	1,275 00
93	Salbutamol (sulfato) 100mcg	225	47 00	10,575 00
94	Salbutamol (sulfato) 5mg	90	23 00	2,070 00
95	Salbutamol 2mg/5ml	270	11 00	2,970 00
96	Sulfadiazina de plata 10mg	210	25 00	5,250 00
97	Sacilato de metilo 5%	210	80 00	16,800 00
98	Tiamina (vitamina B1) 100mH	150	33 00	4,950 00
99	Tiamina (vitamina B1) 100mg	2150	0 70	1,505 00
100	Tipidrol 500mg	3000	0 70	2,100 00
101	Trimetoprim 100mg	9600	1 10	10,560 00
102	Trimetoprim Sulfametoxazol	1500	15 00	22,500 00
103	Vitamina K1 (fitomenadiona)	1000	24 00	24,000 00
104	Sulfato de zinc 10mg/5ml	250	19 00	4,750 00
	Para ser utilizado en cubrir los establecimientos del proyecto de salud			
	Segun Solicitud			
			<b>SUBTOTAL</b>	<b>L</b>
			<b>I.S.V.</b>	<b>L</b>
			<b>TOTAL</b>	<b>L 7,000,000 00</b>

Imputarse al programa 1103 Actividad 007 Fondo 14 Cuenta 55110 #Proyecto \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: Morazán Yoro 25/10/22

Recibido por: \_\_\_\_\_

Firma



(Sello)

(F) Alcalde Municipal Encargado de Compras



Nombre en Letra Molde

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.

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,  
Tel: +504 2229-9091 E-mail: info@corinfar.com  
RTN: 08019002285592

FACTURA

Sucursal

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

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

No. Factura: 000-004-01-00063581  
No. Ref.  
Fecha/Hora: 10/11/2022 11:19:38  
Vendedor: Y-GONZALEZ  
Términos: \_\_\_\_\_  
O/C Exenta: \_\_\_\_\_  
Constancia E/R: \_\_\_\_\_  
Registro SAG: \_\_\_\_\_

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
0233-F30H233-2217		SULFATO FERROSO Gotas 30mL (H)	FRA	0	L. 13.80	1,000	L. 13,800.00
0012-U FARMA		HEMOFER 300MG (SULFATO FERROSO) UNII	UNI	0	L. 0.39	65,000	L. 25,350.00
CFR0031-F100 31-2230		IBUMETIN Jbe. 100mL (H)	FRA	0	L. 13.00	1,340	L. 17,420.00
CF10508-U FARMA		IBUPROFENO 600mg x Unidad	UNI	0	L. 0.70	21,610	L. 15,127.00
CFR0220-U 2202222		IRBESARTAN 300mg Tabl.	UNI	0	L. 2.18	10,670	L. 23,260.60
CFR0156-T20 156-2216		KETOCOR 2% Crema 20g	TUB	0	L. 15.00	320	L. 4,950.00
F3A0014-F50 FARMA		PISACAINA 2% SIMPLE Fco. 50mL	FRA	0	L. 62.00	132	L. 8,184.00
NW30503-U FARMA		ANESTESIA LIDOCAINA 2% UNIDAD	UNI	0	L. 17.00	220	L. 3,740.00
NW30502-F50 FARMA		ODONTOCAINA 3% x 50 Cartuchos	FAQ	0	L. 850.00	1	L. 850.00
CFR0033-F100 FARMA		LORAFAR Jbe. 100mL (H)	FRA	0	L. 17.00	730	L. 12,410.00
CFR0034-U FARMA		LORAFAR 10mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.45	10,000	L. 4,500.00
FEM0001-T113 FARMA		GEL LUBRICANTE ESTERIL TUBO 113G	TUB	0	L. 55.00	71	L. 3,905.00
DLB0002-F2 FARMA		METOCLOPRAMIDA IM/IV 5MG/ML AMPOLLA	FRA	0	L. 7.50	300	L. 2,250.00
CFR0158-U 1582201		METOCLOPRAMIDA 10mg	UNI	0	L. 0.75	2,000	L. 1,500.00
CFR0203-U 2032209		METOCARBAMOL 500mg Tab.	UNI	0	L. 0.85	2,360	L. 2,006.00
CFR0036-F120 36-2206		METRODIN 125 Susp. 120mL (H)	FRA	0	L. 14.00	150	L. 2,100.00
CFR0039-U 392201		METRODIN 500 Tableta	UNI	0	L. 0.85	2,000	L. 1,700.00
AFR0053-T50 PHARMA		ANDIZOL 0.75% GEL 50 GRAMOS TUBO	TUB	0	L. 90.00	70	L. 6,300.00



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

CAI: 1C9183-3271BA-8845B8-114EE8-9B7313-DE

Rango Autorizado: 000-004-01-00061101 A LA 000-004-01-00066100

Fecha Límite Emisión: 30 DE MARZO DE 2023

ORDEN DE COMPRA: 18523

Sub-Total	L. 149,352.60
Dto. Línea/3ra. Edad	L. 0.00
Descuento	L. 0.00
Importe Exonerado	0.00
Importe Exento	L. 149,352.60
Importe Gravado	L. 0.00
Impuesto 15%	0.00
<b>Total</b>	<b>L. 149,352.60</b>

Autoriza: \_\_\_\_\_  
Despachó: \_\_\_\_\_  
Entregó: \_\_\_\_\_  
ACEPTADA SIN PROTESTO:  
FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
FIRMA DEUDOR: \_\_\_\_\_

ODSANTOS  
Elaboró

LETRA NO. 1/1 POR L. 149,352.60  
SE SERVIRA USTED A PAGAR  
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO  
A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS  
Ciento Cuarenta Nueve Mil Tres Cientos Cincuenta Dos Lempiras  
con Sesenta 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: 0801900226592

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:** 000-004-01-00063582

**No. Ref.**

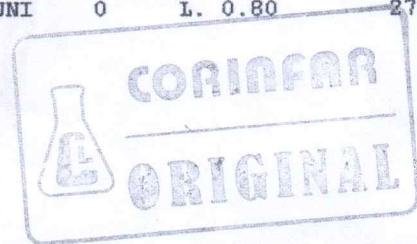
**Fecha/Hora:** 10/11/2022 11:32:31

**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
CFR0080-F30H80-2201		ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) GOTAS FC	FRA	0	L. 17.00	200	L. 3,400.00
CFR0081-F120 FARMA		ACETAMINOFEN 120mg Jbe 120mL(H)	FRA	0	L. 12.00	2,000	L. 24,000.00
CFR0002-U 022208		ACETAMINOFEN 500mg Tab. Unit.	UNI	0	L. 0.30	108,000	L. 32,400.00
CFR0297-F120 297-2102		ACICLOVIR Susp. 200mg x120ml	FRA	0	L. 130.00	12	L. 1,560.00
CFR0122-U 1222127		AAS/ASA 100mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.38	9,030	L. 3,431.40
CFR0083-U 832219		ACIDO FOLICO 1mg Tab. Unit.	UNI	0	L. 0.19	216,000	L. 41,040.00
PSA0016-F10 R22A43A		AGUA ESTERIL 10ML AMP.	FRA	0	L. 5.25	301	L. 1,580.25
CFR0023-U 232203		CORIVERMIN-2 Tab. U.	UNI	0	L. 0.70	200	L. 140.00
CFR0022-F10H22-2210		CORIVERMIN-2 Susp. 10mL (H)	FRA	0	L. 12.00	100	L. 1,200.00
CFR0180-U 1802202		ALFAMETILDOPA 500mg Tab.	UNI	0	L. 3.60	350	L. 1,260.00
CFR0177-U 1772201		AMITRIPTILINA 25MG, TABLETA	UNI	0	L. 1.75	200	L. 350.00
BLX0006-F100 BX22001		AMOXICILINA SUSP 250MG/5ML	FRA	0	L. 33.00	2,000	L. 66,000.00
CFR0095-U 706211215		AMOXICILINA 500mg Cap. U.	UNI	0	L. 0.80	40,000	L. 32,000.00
CFR0250-T40 250-2201		PROCTOCAINE Tubo 40g	TUB	0	L. 50.00	130	L. 6,500.00
CFR0116-U FARMA		ATENOLOL 100mg Tab.	UNI	0	L. 0.44	8,680	L. 3,819.20
CPL0067-U 493211101B		AZITROMICINA 500mg	UNI	0	L. 11.00	2,000	L. 22,000.00
CFR0284-T15 284-2205		BETAMETASONA VALERATO 0.1% T-15G	TUB	0	L. 17.00	282	L. 4,794.00
CFR0338-F120 FARMA		CALAMINA SOLUCION TOPICA	FRA	0	L. 22.00	130	L. 2,860.00
CFR0099-U 992201R		CARBAMAZEPINA 200mg Tab.	UNI	0	L. 0.80	270	L. 216.00



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

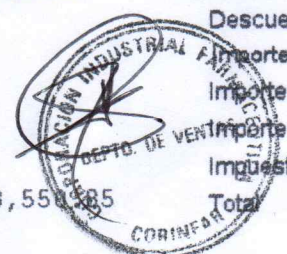
CAI: 1C9183-3271BA-8845B8-114EE8-9B7313-DE

Rango Autorizado: 000-004-01-00061101 A LA 000-004-01-00066100

Fecha Límite Emisión: 30 DE MARZO DE 2023

**ORDEN DE COMPRA: 18520**

Sub-Total	L. 248,550.85
Dto. Línea/3ra. Edad	L. 0.00
Descuento	L. 0.00
Importe Exonerado	0.00
Importe Exento	L. 248,550.85
Importe Gravado	L. 0.00
Impuesto 15%	L. 0.00
<b>Total</b>	<b>L. 248,550.85</b>



Autorizó \_\_\_\_\_ Despachó \_\_\_\_\_ Entregó \_\_\_\_\_ **GKTORRES** Elaboró \_\_\_\_\_

ACEPTADA SIN PROTESTO:  
FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

LETRA NO. 1/1 POR L. 248,550.85  
SE SERVIRA USTED A PAGAR  
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO  
A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS  
Dos Cientos Cuarenta Ocho Mil Quinientos Cincuenta Lempiras  
con Ochenta y Cinco Centavos

FIRMA DEUDOR: \_\_\_\_\_

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

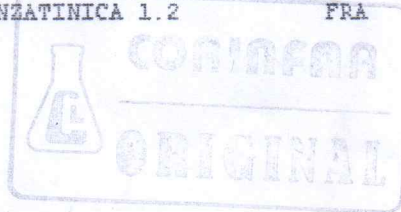
Edificio 504 Local 1  
Ave. Junior 5 y 6 Calle N.E.  
Tel: +504 2229-9091 E-mail: info@corinfar.com  
RTN: 08019002285592

Tel: +504 2229-9091 E-mail: info@corinfar.com  
RTN: 08019002285592

Cliete 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: 000-004-01-00063583  
No. Ref.  
Fecha/Hora: 10/11/2022 11:35:11  
Vendedor: Y-GONZALEZ  
Términos: \_\_\_\_\_  
O/C Exenta: \_\_\_\_\_  
Constancia E/R: \_\_\_\_\_  
Registro SAG: \_\_\_\_\_

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
FR0175-U	1752204	METFORMINA 850mg Tab.	UNI	0	L. 0.65	29,900	L. 19,435.00
FR0287-U	2872214	COMPLEVIT FEMME CAP. (PRENATAL)	UNI	0	L. 0.90	69,340	L. 62,406.00
CFR0012-U	122267	COMPLEVIT Cap..	UNI	0	L. 0.60	65,000	L. 39,000.00
CFR0013-F120 FARMA		COMPLEVIT Jbe. 120mL (H)	FRA	0	L. 14.00	1,710	L. 23,940.00
CFR0162-U FARMA		NIFEDIPINA 20mg Tab. U.	UNI	0	L. 1.10	1,400	L. 1,540.00
CFR0181-F30H181-2203		NISTATINA GOTAS SUSP. FRASCO 30ML	FRA	0	L. 17.00	50	L. 850.00
MK0034-U FARMA		NITROFURANTOINA 100MG UNIDAD	UNI	0	L. 12.60	1,000	L. 12,600.00
PSA0011-F1 B16E126		OXITOPISA 5 U.I. Amp. 1mL	FRA	0	L. 18.00	300	L. 5,400.00
AFR0031-T5 FARMA		VEKIN PLUS Ungüento 5g U.	TUB	0	L. 38.00	250	L. 9,500.00
CFR0228-U	2282211	PRAZIDEC O- 20 Capsula	UNI	0	L. 0.80	21,640	L. 17,312.00
CFR0174-U	1742105	VITAMINA B6 (PIRIDOXINA) Tab.	UNI	0	L. 0.50	100	L. 50.00
ALM0003-T454 FARMA		PETROLATO SOLIDO TARRO 1LB	FRA	0	L. 90.00	30	L. 2,700.00
CFR0272-T20H272-2204		NEOCIDIN Ungüento 20g Hosp.	TUB	0	L. 40.00	210	L. 8,400.00
CFR0082-U	822201	PREDNISONA 5mg Tab.	UNI	0	L. 0.60	3,890	L. 2,334.00
CFR0092-U	922103	PREDNISONA 50mg Tableta	UNI	0	L. 3.60	2,200	L. 7,920.00
CFR0167-U	1672202	PROPRANOLOL 40mg Tab. U.	UNI	0	L. 0.65	1,000	L. 650.00
CFR0164-PFI	619220321	PENICILINA PROCAINICA 4.0Mega	FRA	0	L. 10.00	200	L. 2,000.00
CFR0163-PFI	626220301	PENICILINA BENZATINICA 1.2	FRA	0	L. 8.90	1,300	L. 11,570.00



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

CAI: 1C9183-3271BA-8845E8-114EE8-9B7313-DE

Sub-Total L. 227,607.00

Rango Autorizado: 000-004-01-00061101 A LA 000-004-01-00061102

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Fecha Límite Emisión: 30 DE MARZO DE 2023

Descuento L. 0.00

ORDEN DE COMPRA: 18524

Importe Exonerado 0.00

Autorizó \_\_\_\_\_

Despachó \_\_\_\_\_

Entregó \_\_\_\_\_

ODSANTOS Elaboró



Importe Exento L. 227,607.00

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 227,607.00

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 227,607.00

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SE SERVIRA USTED A PAGAR  
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO  
A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS  
Dos Cientos Veinte Siete Mil Seis Cientos Siete Lempiras  
y Cero Centavos

FIRMA DEUDOR: \_\_\_\_\_

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: 000-004-01-00063584

No. Ref.

Fecha/Hora: 10/11/2022 11:49:31

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
RO120-U	658200904A	CEFTRIAXONA 1g I.M./I.V. Vial	UNI	0	L. 30.00	432	L. 12,960.00
OL0031-U	479210709	CIPROFLOXACINA 500mg Tab.	UNI	0	L. 1.30	4,000	L. 5,200.00
AFRO005-U	FARMA	ANDI-VAGIL "C" 500mg Ovulo	UNI	0	L. 11.00	260	L. 2,860.00
CFRO109-F10	210671	CLORANFENICOL Gotas 10mL	FRA	0	L. 23.00	150	L. 3,450.00
CIS0001-F3	210711C	DICLOFENAC SODICO SOL. INY. 75MG /3M	FRA	0	L. 3.00	100	L. 300.00
CIS0002-F2	FARMA	DEXAMETASONA (POSFATO SODICO) 8MG /	FRA	0	L. 5.00	1,000	L. 5,000.00
PHI0026-FPS6	FARMA	DICLOXACILINA 125mg/5mL 60mL H	FRA	0	L. 35.00	400	L. 14,000.00
QFR0007-F2	INY22-209A	RELAX-INJECTA 10mg/2mL IM/IV	FRA	0	L. 82.00	130	L. 10,660.00
KRN0009-U	FARMA	DIAZAM 10mg Tab.	UNI	0	L. 5.00	2,000	L. 10,000.00
PHI0048-U	DX1C103A	DICLOXACILINA 500mg (Phar) Cap	UNI	0	L. 3.50	430	L. 1,505.00
CFRO030-F120	FARMA	HISTAFED Jbe. 120mL (H)	FRA	0	L. 14.00	217	L. 3,038.00
FLY0009-F10	22030001	ALERGIL Vial 10mL SIN Caja	FRA	0	L. 50.00	20	L. 1,000.00
CFRO027-U	272204	HISTAFED 50mg Cap. U.	UNI	0	L. 0.85	4,000	L. 3,400.00
CPL0035-U	210601	DICLOFENAC POTASICO 50mg U.	UNI	0	L. 0.50	3,500	L. 1,750.00
CFRO133-U	1332101	DOXICICLINA 100mg Tab.	UNI	0	L. 1.30	8,874	L. 11,536.20
CFRO089-U	892221	BNALAPRIL 20MG TABLETA	UNI	0	L. 0.35	7,501	L. 2,625.35
BLX0002-U	H003B	BRITROMICINA 500MG TABLETAS	UNI	0	L. 2.50	2,000	L. 5,000.00
CFRO170-FPS6	170-2203	BRITROMICINA Susp. 200mg/60mL	FRA	0	L. 27.00	300	L. 8,100.00



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: 1C9183-3271BA-8845B8-114EE8-9B7313-DB

Rango Autorizado: 000-004-01-00061101 A LA 000-004-01-00066100

Fecha Límite Emisión: 30 DE MARZO DE 2023

ORDEN DE COMPRA: 18521

Sub-Total	L. 102,384.55
Dto. Línea/3ra. Edad	L. 0.00
Descuento	L. 0.00
Importe Exonerado	0.00
Importe Exento	L. 102,384.55
Importe Gravado	L. 0.00
Impuesto 15%	L. 0.00
Total	L. 102,384.55

GKTORRES

Elaboró

Autorizó

Despachó

Entregó

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 102,384.55

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SE SERVIRA USTED A PAGAR

ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Ciento Dos Mil Tres Cientos Ochenta Cuatro Lempiras  
con Cincuenta y Cinco Centavos

FIRMA DEUDOR: \_\_\_\_\_

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 2550-0033/34/47

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

Cliete 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: 000-004-01-00063585  
No. Ref.  
Fecha/Hora: 10/11/2022 11:49:57  
Vendedor: Y-GONZALEZ  
Términos: \_\_\_\_\_  
O/C Exenta: \_\_\_\_\_  
Constancia E/R: \_\_\_\_\_  
Registro SAG: \_\_\_\_\_

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
00078-U	FARMA	RANITIDINA AMPOLLA 50MG FRASCO 2ML	FRA	0	L. 8.50	150	L. 1,275.00
00005-C1	FARMA	SALBUTAMOL INHALADOR 100mcg / FRASCO	FRA	0	L. 47.00	225	L. 10,575.00
CFR0191-F15H191-2201		CORIBUTOL SOL. P/ NEBULIZAR 15ML	FRA	0	L. 23.00	90	L. 2,070.00
CFR0018-F12018-2203		CORIBUTOL Jbe. 120mL (H)	FRA	0	L. 11.00	270	L. 2,970.00
CFR0126-T20126-2214		SULF. DE PLATA 1% Crema 20g	TUB	0	L. 25.00	210	L. 5,250.00
ALM0002-T454	FARMA	SALICILATO DE METILO 5% TARRO 11b	FRA	0	L. 80.00	210	L. 16,800.00
FLY0095-F10	FARMA	TIAMINA 100mg Vial 10mL 3/Caja	FRA	0	L. 33.00	150	L. 4,950.00
CFR0068-U682202		VITAMINA B1 (TIAMINA) 100mg	UNI	0	L. 0.70	2,150	L. 1,505.00
CFR0049-U492201		TINIDAZOL 500mg Tab. Unit.	UNI	0	L. 0.70	3,000	L. 2,100.00
CFR0064-U642102		TRISULFAM 480mg Tab. U.	UNI	0	L. 1.10	9,600	L. 10,560.00
CFR0050-F12050-2222		TRISULFAM Susp. 120mL (H)	FRA	0	L. 15.00	1,500	L. 22,500.00
PHI0049-F1	FARMA	VITAMINA K 10mg/ml	FRA	0	L. 24.00	1,000	L. 24,000.00
CFR0215-F120215-2207		CORIZINC Jbe. 120mL (Hosp.)	FRA	0	L. 19.00	250	L. 4,750.00



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: 1C9183-3271BA-8845B8-114EE8-9B7313-DE

Rango Autorizado: 000-004-01-00061101 A LA 000-004-01-00066201

Fecha Límite Emisión: 30 DE MARZO DE 2023

ORDEN DE COMPRA: 18525

Sub-Total	L. 109,305.00
Dto. Línea/3ra. Edad	L. 0.00
Descuento	L. 0.00
Importe Exonerado	0.00
Importe Exento	L. 109,305.00
Importe Gravado	L. 0.00
Impuesto 15%	L. 0.00
<b>Total</b>	<b>L. 109,305.00</b>

ODSANTOS  
Elaboró



ACEPTADA SIN PROTESTO:

FECHA: / /

FIRMA DEUDOR: \_\_\_\_\_

LETRA NO. 1/1 POR L. 109,305.00  
SE SERVIRA USTED A PAGAR  
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO  
A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS  
Ciento Nueve Mil Tres Cientos Cinco Lempiras  
y Cero 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 1806ALCO1 ALCALDIA MUNICIPAL MORAZAN YORO  
FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO  
Dirección FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO

No. Factura: 000-004-01-00063586

No. Ref.

Fecha/Hora: 10/11/2022 12:26:38

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
0309-F120	309-2201	FENITOINA SUSPENSION 120ML	FRA	0	L. 130.00	3	L. 390.00
0227-U	2272201	FENITOINA 100MG CAPSULA	UNI	0	L. 1.00	2,000	L. 2,000.00
CFR0236-U	2362201	FLUCONAZOL 150mg CORINFAR Cap.	UNI	0	L. 4.80	1,500	L. 7,200.00
CFR0066-U	662202	FLUOR 1mg Tab.	UNI	0	L. 0.50	3,360	L. 1,680.00
FMN0012-U	FARMA	FENOBARBITAL 100mg Tab.	UNI	0	L. 1.50	20,000	L. 30,000.00
AFR0060-U	FARMA	FUROSEMIDA 20mg/2ml Amp.	UNI	0	L. 8.00	700	L. 5,600.00
CFR0223-U	2232203	FUROSEMIDA 40mg Tableta	UNI	0	L. 0.45	11,300	L. 5,085.00
AFR0071-F2	FARMA	ANDIGENT A-40 40MG AMPOLLA 2ML	FRA	0	L. 20.00	390	L. 7,800.00
CPL0058-C1	594211002	GENTAMICINA 80mg/2mL Amp. 2mL	CAJ	0	L. 6.00	320	L. 1,920.00
AFR0017-F5	097622	ANDIGENT COLIRIO (GENTAMICINA)	Got:FRA	0	L. 70.00	55	L. 3,850.00
CFR0090-U	902203	GLIBENCLAMIDA 5mg Tab.	UNI	0	L. 0.21	25,000	L. 5,250.00
OBO0011-F1	10EBO1004	ANTIESPASMODICO INYECTABLE AMPOLLA 1FRA	FRA	0	L. 14.00	300	L. 4,200.00
CFR0151-U	1512202	Spagesic-H 10mg Tableta	UNI	0	L. 1.60	5,000	L. 8,000.00
CFR0149-U	1492203	HIDROCLOROTIAZIDA 25mg Tabs.	UNI	0	L. 0.45	3,500	L. 1,575.00
OEO0002-FPI	10EO1003B	HIDROCORTISONA 100mg Vial	FRA	0	L. 20.00	300	L. 6,000.00
CFR0088-FPI	210806	HIDROCORTISONA 500mg Vial	FRA	0	L. 40.00	1,000	L. 40,000.00
CFR0277-F180	FARMA	HIDROXICOR SUSP. X 180 ML HOSP	FRA	0	L. 21.00	250	L. 5,250.00
CFR0196-T15H	FARMA	HIDROCORTISONA 1% Crema 15g CR HOSP TUB	0	L. 18.00	1,500	L. 27,000.00	



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: 1C9183-3271BA-8845B8-114EE8-9B7313-DB

Sub-Total L. 162,800.00

Rango Autorizado: 000-004-01-00061101 A LA 000-004-01-00061102

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Fecha Límite Emisión: 30 DE MARZO DE 2023

Descuento L. 0.00

ORDEN DE COMPRA: 18522

Importe Exonerado 0.00

GKTORRES

Importe Exento L. 162,800.00

Autorizo

Despachó

Entregó

Elaboró

Importe Gravado L. 0.00

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 162,800.00

Impuesto 15% L. 0.00

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SE SERVIRA USTED A PAGAR

ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Ciento Sesenta Dos Mil Ocho Cientos Lempiras

y Cero Centavos

Total L. 162,800.00

FIRMA DEUDOR: \_\_\_\_\_

FIRMA CLIENTE

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