



Puma Puerto Cortés

Barrio El Centro, 3a. Calle, 3a. Ave. R. T. N. 05061949002318
Teléfonos: 2665-0261, 2665-1368, Puerto Cortés, Honduras, C. A.

RECIBO OFICIAL

Fecha: _____

Nº 015325

Código del Cliente:

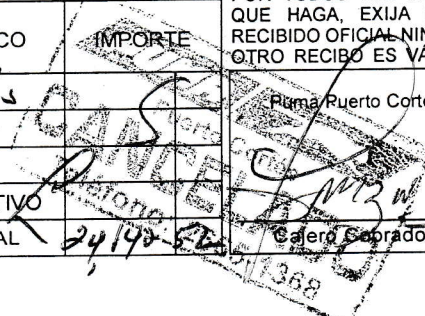
--	--	--	--

Recibimos de: Comisión Comunitaria de Salud
La Suma de: Veinticuatro Mil Ciento Cuarenta y Dos ^{52/100}

FACTURA	IMPORTE	FACTURA	IMPORTE
<u>Pago Suministro Combustible del oxlorio - 14/08/16</u>			
<u>L. 24,142.52</u>			

INCOR R.T.N. 0501196505624, Frente a Ferregasa Tel/Fax: 2665-0272, 20 Tal 15001 al 16000, Fecha de Emisión: 12/15, Puerto Cortés, Honduras C. A.

CHEQUES		BANCO	IMPORTE
Fecha	Número		
<u>26/8/16</u>	<u>00304813</u>	<u>País</u>	POR TODOS LOS PAGOS QUE HAGA, EXIJA ESTE RECIBIDO OFICIAL NINGÚN OTRO RECIBO ES VÁLIDO Puma Puerto Cortés <u>24,142.52</u> Cajero Autorizado
		EFFECTIVO	
		TOTAL	



Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

No. 137509 Cheque No.
 []
 []

FECHA: PUERTO CORTES, 23 DE AGOSTO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Valor L.

Beneficiario: PUMA CORTES

*****24,142.52 ✓

La suma de:

**** VEINTICUATRO MIL CIENTO CUARENTA Y DOS CON 52/100 ****

PAGO POR SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE LOS DIAS 01-18-28/07/2016 Y 06-10-12-13-14/08/2016 PARA VEHICULO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y AL ADMINISTRADOR DE LA OFICINA PARA HACER TRAMITES DE LA OFICINA DE SALUD EN SAN PEDRO SULA. FONDOS TASA DE SALUD

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripcion	Debe	Haber
03-01-533	24,142.52	503-01-533	0054388	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	24,142.52	0.00
TOTAL L.	24,142.52				24,142.52	0.00

TOTAL L. 24,142.52 ✓



Acalde o Administrador
 [Signature]
 Firma del Contador
 22/08/2016 *nememorado*

Firma del Tesorero

[Signature]
 Firma *nememorado*

REVISION CONTABILIDAD

DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: *NIN*

Contrato/Addenda: *NIN*

Garantías: *NIN*

Req. Solicitud: *NIN*

Estimaciones: *NIN*

Comp. de Ent. Acta:

Informe Ing/Rep/Ch:

Factura Recibir:

Observaciones: *amexa*

Fecha: _____

0506197000465
 Identidad

Solvencia Municipal No.

Revisó *[Signature]*



Costa's Food

Propietaria: Miriam Rodriguez Cañas
 RTN. 05061966011549
 B° El Centro, 2 Ave, 4 Calle, Puerto Cortes, Honduras C.A.
 Tel: 2665-0664
 Correo: omarrodriguez0972@hotmail.com

Día	Mes	Año
04	07	16

CAI: 0F8D12-FE77E2-C94EBE-13223C-5673A3-50

Cliente: *Municipalidad P. Cortes* RTN: *03019000004*
 Dirección: *Comisión Comunitaria desalada*

Cant.	DESCRIPCION	Precio Unit. Lps.	Total Lps.
10	Desayunos Q. Juanón	85	850.00
10	Jugos Coya	15	150.00
REMA S de RL de C.V. RTN.05069015728206 Cert. 9231-15-10500-121 Rango Autorizado:000-001-01-00004301 al 000-001-01-00006800 Fecha Limite de Emisión: 21/05/2017 Emitidas 05/2016		Sub-Total Lps.	1,000.00
Factura 000-001-01-00		15% I.S.V. Lps.	150.00
Original. Cliente Copia: Emisor		18% Alcohol Lps.	—
N° 005112		TOTAL Lps.	1,000.00
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA			

Son: Un mil exactos. Lps.

Costa's Food

Propietaria: Miriam Rodriguez Cañas
RTN. 05061966011549
B° El Centro, 2 Ave, 4 Calle, Puerto Cortes, Honduras C.A.
Tel: 2665-0664

Correo: omarrodriguez0972@hotmail.com

Día	Mes	Año
11	08	16

CAI: 0F8D12-FE77E2-C94EBE-13223C-5673A3-50

Cliente: Municipalidad Pro Conde RTN: 03090000044953

Dirección:

Cant.	DESCRIPCION	Precio Unit. Lps.	Total Lps.
14	cenizas	85	1,190.00
14	refresco.	20	280.00

REMA S de RL de C.V. RTN.05069015728206 Cert. 9231-15-10500-121
Rango Autorizado: 000-001-01-00004301 al 000-001-01-00006800
Fecha Limite de Emisión: 21/05/2017 Emitidas 05/2016

Factura
000-001-01-00

Nº 005850

Original: Cliente Copia: Emisor

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA

Sub-Total Lps.

15% I.S.V. Lps.

18% Alcohol Lps.

TOTAL Lps.

1,470.00

Son: Un mil cuatrocientos setenta Lps.

Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

No. 137507 Cheque No.

FECHA: PUERTO CORTES, 23 DE AGOSTO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: MIRIAM RODRIGUEZ

Valor L.

*****2,470.00

La suma de:

**** DOS MIL CUATROCIENTOS SETENTA CON 00/100 ****

PAGO POR ALIMENTACION EN SESIONES DE LA COMISION COMUNITARIA DE SALUD LOS DIAS 04/07/2016 Y 11/08/2016. PROVENIENTES DE LA TASA DE SALUD

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripcion	Debe	Haber
03-01-533	2,470.00	03-01-533	0054384	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	2,470.00	0.00
TOTAL L.	2,470.00				2,470.00	0.00
				TOTAL L.		2,470.00

Alcalde o Administrador
 [Signature]

 Firma del Contador
 [Signature]
 28/08/2016 renumerado



Firma del Tesorero

[Signature]
 Firma Interesado

REVISION CONTABILIDAD
DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: NIR
 Contrato/Addenda: NIR
 Garantías: NIR
 Req. Solicitud:
 Cotizaciones: NIR
 Comp. de Ent Acta:
 Informe Ing/Rep/Ch:
 Factura Recibos:
 Observaciones: _____
 Fecha: _____

0506196601154
 Identidad

Solvencia Municipal No. _____

Revisó *[Signature]*

