



INVERSIONES DE PRODUCTOS MEDICOS, S. DE R.L.

Res. Villas Mabel, 3 Calle, Bloque 5, San Pedro Sula, Cortes Honduras, C.A.
 Correo: marisabel_mejia@hotmail.com • Tel: 2545-9164

R.T.N. 05019013570050

DIA	MES	AÑO
6	7	16

CLIENTE: Municipalidad De Puerto Cortes R.T.N. 0501900041953

DIRECCIÓN: Puerto Cortes

CONDICIONES DE PAGO CONTADO CREDITO _____ DIAS Vendedor: M. Mejia Orden # _____

SEC.	CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	TOTAL
1	100	Difenidramina iny.	63.00	6,300.00
2	400	Dexametasona iny	7.00	2,800.00
3	4,000	Ranitidina iny	5.85	23,400.00
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Imprentas Unidas S. de R.L. Tels. 9471-7758 - 2647-4394 - 2947-2825 R.T.N. 1304900328305 - email: imprentasunidas@gmail.com - Cart. # 9231-14-10503-93

Valor en Letras: Trenta y dos mil quinientos netos

Rango Autorizado: 000-001-01-00000001 al 00000600 • Fecha Limite de Emisión: 05/11/2016
 C.A.I.: F9517F-7E1DEC-3C439E-34939B-9774F8-64

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

Total Exento L.	32,500.00
Total Gravado L.	
ISV 15% L.	
TOTAL A PAGAR L.	32,500.00

Recibido Conforme _____ Recibido Conforme _____ **FACTURA** 000-001-01-00 N° 000037

Original: Cliente • 1ra. Copia: Emisor • 2da Copia: Contabilidad

Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

Cheque No.

No. 136328

FECHA: PUERTO CORTES, 4 DE JULIO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: IMPROMED S. DE R.L.

Valor L.

*****32,500.00

La suma de:

**** TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 ****

PAGO POR COMPRA DE 4,000 RANITIDINA (CLORHIDRATO), 100 DIFENHIDRAMINA (CLORHIDRATO), 400 DEXAMETASONA (FOSFATO) PARA EL HOSPITAL DE AREA, FONDOS PROVENIENTES DE LA TASA DE SALUD.

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripción	Debe	Haber
03-01-533	32,500.00	503-01-533	0053492	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	32,500.00	0.00
TOTAL L.	32,500.00				32,500.00	0.00
				TOTAL L.		32,500.00

M. de O. de Cortes
Alcalde o Administrador

Mario Mejia
Firma del Tesorero

[Signature]
Firma del Contador

0501-1953-0368 |
Identidad



REVISION CONTABILIDAD DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: *NIB*

Contenido/Adjunta: *NIB*

Garantías: *NIB*

Req. Solicitada: *[Signature]*

Continuaciones: *[Signature]*

Comp. de Ent. Arte: *ANCIAN*

Informe Ing/Rep/Ed: *[Signature]*

Factura Recibida: *ANCIAN*

Observaciones:

Fecha:



Revisó *[Signature]*

Comercial e Inversiones Medimas S R L CV

Residencial El Portal Bloque C, Casa #4

Tel:2565-3151/3197/3212 Fax:2565-3240

ventas@medimashn.com

CAICD2E70-A43237-1E4191-F03646-52F392-30

R.T.N.:05019007491865 Fecha Límite Emisión

14/03/17



FACTURA

000-001-01-00002252

Cliente:
MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES
Tif.: 33408351
13 Y 14 CALLE, 1 Y 2 AVE. B° LA CURVA
PUERTO CORTES HONDURAS.
Reg. Tribut.: 0301900044953
Código clte.: 13050890

Lugar y fecha de expedición: San Pedro Sula, Honduras 6 de Julio 2016	Vencimiento: 7 de Julio 2016
Vendedor: 002	Condiciones: Credito
Refer.:	Envío: Entrega

Código producto	Descripción del producto	Cantidad	Precio Unit.	Subtotal
168	SULFATO DE ATROPINA	180.0000	7.9000	1,422.00
1357	HIDROCORTIZONA 500MG	1,800.0000	105.0000	189,000.00
2304	METHERGIN AMPOLLA	90.0000	100.0000	9,000.00
		2,070.0000	Subtotal:	199,422.00
			Descuento:	3,988.44

ORDEN # 3



TOTAL _____ **195,433.56**

"La Factura es Beneficio de Todos, Exfjala"

Por cada Cheque Devuelto, se Cobrará un Recargo de L300.00 Más Comisiones Bancarias.

Gracias por Preferimos.

Emission Autorizada: Del 000-001-01-00000001 al 000-001-01-00006000

CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES _____ 56/100

Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

No. 136326

Cheque No.

FECHA: PUERTO CORTES, 4 DE JULIO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: COMERCIAL E INVERSIONES MEDIMAS

Valor L.

*****199,422.00

La suma de:

**** CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS CON 00/100 ****

PAGO POR COMPRA DE 18 ATROPINA (SULFATO), 1,800 HIDROCORTISONA Y 90 ERGONOVINA PARA EL HOSPITAL DE AREA. FONDOS PROVENIENTES DE LA TASA DE SALUD.

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripcion	Debe	Haber
03-01-533	199,422.00	503-01-533	0053491	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	199,422.00	0.00
TOTAL L.	199,422.00				199,422.00	0.00

TOTAL L. 199,422.00

[Signature]
Alcalde o Administrador

Firma del Tesorero

[Signature]
Firma Interesado

[Signature]
Firma del Contador

07/2016 de silva



REVISION CONTABILIDAD
DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: NIR

Contrato/Adenda: NIR

Garantías: NIR

Req. Solicitudes: [Signature]

Dotizaciones: NIR

Comp. de Ent Acta: AUCIAR

Informe Ing/Rep/Ch: [Signature]

Factura Recibos: AUCIAR

Observaciones:

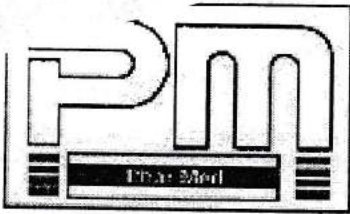
Fecha:

Revisó *[Signature]*

0508-1987-00066



Solvencia Municipal No.



PHAR MED SALES HONDURAS S. A.

COL. MODELO, ZONA 52, COMAYAGUELA, M.D.C
 TELS: 2233-2908, 2233-6943, FAX:2233-1296
 COL. ALAMEDA, EDIFICIO D'ARCO, LOCAL #5, TEGUCIGALPA
 TELS: 2235-5032
 Bo. GUAMILITO, 2DA CALLE ENTRE 10 Y 11 AVENIDA,
 EDIFICIO PLAZA CRISTAL, LOCAL #10
 TELS: 2552-6187

FACTURA

Fecha	No. Pag
07/07/2016	1
N. Factura	
001-001-01 00002849	

R. T. N. 07019995204280
 Rango Autorizado:001-001-01-00001001 al 001-001-01-00003000
 CAI B2E9EA-42A6D4-A543A4-88DDAC-36954F-7D

Cliente: C00063
 Municipalidad de Puerto Cortes

Enviar A:

RTN: 08019995297005

Orden de Compra/Adjudicacion		Solicitado por		Vencimiento		Termino de Pago	
Recibo 98884				06/08/2016		30 Días	
Contacto		Fec Requerida		Ejecutivo de Ventas			
Phar Med				Sandra Zeron			
Codigo	Descripción	Und	Bodega	Cant	Precio Unit	Total	
1000302	BUVACAINA PESADA 3ML INY	AMP	02	400.00	47.09	18,836.00	
1000396	INOTROPISA 40 MG/ML 5 ML	AMP	02	13.00	31.40	408.20	
1003976	FLOVES LIQUIDO FCO 250ML 1X1 (seoflurano)		02	14.00	4,000.00	56,000.00	
1034503	PIPTABAC 4G/0.5G CAJA CON /1 FRASCO AMPULA	FCO.	02	21.00	350.35	7,357.35	



MONTO EN LETRAS:

TODA FACTURA AL CREDITO NO SE CONSIDERA CANCELADA SI NO ESTA
 ACOMPAÑADA DE SU RESPECTIVO COMPROBANTE DE PAGO

DESPUES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO SE COBRARA 3.5% DE INTERES
 POR MORA MENSUAL

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DE PRODUCTOS
 ENTREGADOS CON FECHA DE VENCIMIENTO MAYOR
 A 2 AÑOS

Correo: ssanchez@pharmedsales.com / FLE: 03/09/2016

Sub Total	LPS	82,601.55
SubTotal Gravado	LPS	0.00
SubTotal Excento	LPS	82,601.55
Flete y Seguro	LPS	0.00
Impuesto	LPS	0.00
Descuento	LPS	0.00
TOTAL	LPS	82,601.55

ORDEN DE PAGO

No. 136329

Cheque No.

PUERTO CORTES, 4 DE JULIO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: PHAR MED SALES HONDURAS

Valor L.

*****82,601.35

La suma de:

**** OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS UNO CON 35/100 ****

PAGO POR COMPRA DE 400 BUPIVACAINA, 13 DOPAMINA, 14 SEVOFLUORANE, 21 PIPERACILINA PARA EL HOSPITAL DE AREA. FONDOS PROVENIENTE TASA DE SALUD.

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripción	Debe	Haber
03-01-533	82,601.35	503-01-533	0063493	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	82,601.35	0.00
TOTAL L.	82,601.35				82,601.35	0.00

TOTAL L.

82,601.35

[Signature]
Alcalde o Administrador

Firma del Tesorero

[Signature]
Firma Interesado

Por: *[Signature]*
Firma del Contador

10/07/2016 de silva

REVISION CONTABILIDAD DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: *NIR*

Contrato/Adenda: *NIR*

Garantías: *NIR*

Req. Solicitada: *[Signature]*

Cotizaciones: *[Signature]*

Comp. de Ent. Acta: *ALC/AD*

Informe Ing/Rep/Ch: *[Signature]*

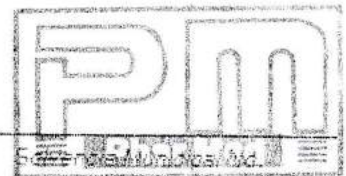
Factura Recibida: *ALC/AD*

Observaciones:

Fecha:

Revisó *[Signature]*

0801-1982-03585.
Identidad





DROGUERIA DE MEDICAMENTOS INTERNACIONALES DE CALIDAD, S. DE R.L.

Col. Argentina, Calle Principal Ave. Arroyos No. 3261
Tegucigalpa M.D.C. Honduras C.A.
PBX: (504) 2236-2749, FAX: (504) 2236-5933
E-mail: dimeca@drogueriadimeca.com

R.T.N.: 08019012484781


FACTURA

C.R.I. 903508-C-1607-09-095-926040-071654-20		
No. 000-001-01-00003419	FECHA 07/07/2016	
VEND.:	ZONA	FECHA VENCIMIENTO 06/08/2016
CONDICIONES: 30 días		

CODIGO: 1419
CLIENTE: MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES
03019000049953
PUERTO CORTES, CORTES
PUERTO CORTES, CORTES
PUERTO CORTES, CORTES

CÓDIGO	PRECIO PUBLICO	PRODUCTO Y EMPAQUE	CANTIDAD ENVIADA	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
000032		AMOXICILINA (Amoxil o Sedica) 1 GR	2,100.00	20.00	42,000.00
000033		MEMORINOL 0.05 MG/ML	900.00	45.00	40,500.00
000034		*****MULTINA LINEA*****	0.00	0.00	0.00

ARGININ
FORTE



DIMECA
Distribuidora de Medicamentos y más

PAGARE
DEBEMOS Y PAGAREMOS POR ESTE PAGARE INCONDICIONALMENTE A LA ORDEN DE DIMECA.
EL DÍA _____ DE _____ DEL 20____ LPS. _____
LA CANTIDAD DE LPS.: OCIENTA Y DOS MIL CINCO CIENTOS LPS. 00/100
SI ESTE PAGARÉ NO FUERE CUBIERTO A SU VENCIMIENTO QUEDAMOS OBLIGADOS A PAGAR INTERES MORATORIOS AL _____ % MENSUALES SOBRE SALDOS INSOLUTOS.
TEGUCIGALPA, M.D.C., _____ DE _____ DEL 20____

FIRMA DEL CLIENTE

SUB-TOTAL	82,500.00
DESCUENTO	0.00
IMPUESTO	0.00
TOTAL	82,500.00

ESTA DOCUMENTO SE CONSIDERA CANCELADO SOLAMENTE CON RECIBO DE CAJA NUMERADO, EXÍJALO. ORIGINAL - CLIENTE

Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

No. 136325

Cheque No.

FECHA: PUERTO CORTES, 4 DE JULIO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: DROGUERIA DIMECA

Valor L.

*****82,500.00

La suma de:

**** OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CON 00/100 ****

PAGO POR COMPRA DE 2,100 AMPICILINA Y 900 FENOTEROL PARA EL HOSPITAL DE AREA. FONDOS PROVENIENTES TASA DE SALUD.

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripcion	Debe	Haber
03-01-533	82,500.00	503-01-533	0053488	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	82,500.00	0.00
TOTAL L.	82,500.00				82,500.00	0.00
TOTAL L.					82,500.00	0.00

[Signature]
Alcalde o Administrador

Firma del Tesorero

Firma Interesado

[Signature]
Firma del Contador

REVISION CONTABILIDAD	
DOCUMENTOS SOPORTE OIP	
Orden de Compra:	NIB
Contrato/Addenda:	NIB
Garantías:	NIB
Req. Solicitud:	
Cotizaciones:	
Comp. de Ent. Acta:	ANEXO
Informe Ing/Rep/Ex:	
Factura Recibos:	ANEXO
Observaciones:	
Fecha:	

Identidad

Solvencia Municipal No.



04/07/2016 dsilva

Revisó *[Signature]*

Comercial e Inversiones Medimas S R L CV

Residencial El Portal Bloque C, Casa #4
 Tel:2565-3151/3197/3212 Fax:2565-3240
 ventas@medimashn.com
 CAICD2E70-A43237-1E4191-F03646-52F392-30
 R.T.N.:05019007491865 Fecha Limite Emisión
 14/03/17



FACTURA

000-001-01-00002250

Cliente:
MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES
Tif.: 33408351
13 Y 14 CALLE, 1 Y 2 AVE. B° LA CURVA
PUERTO CORTES HONDURAS.
Reg. Tribut.: 0301900044953
Código clte.: 13050890

Lugar y fecha de expedición: San Pedro Sula, Honduras 6 de Julio 2016	Vencimiento: 7 de Julio 2016
Vendedor: 002	Condiciones: Credito
Refer.:	Envío: Entrega

Código producto	Descripción del producto	Cantidad	Precio Unit.	Subtotal
297	OMEPRAZOL X 100 TABLETAS	750.0000	100.0000	75,000.00
335	DOBESILATO DE CALCIO	450.0000	335.0000	150,750.00
		1,200.0000	Subtotal:	225,750.00
			Descuento:	4,515.00

ORDEN # 1



TOTAL _____ **221,235.00**

Fecha: 06/07/2016 CIENTOS VEINTE Y UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO ____ 00/100

"La Factura es Beneficio de Todos, Exíjala"
 Por cada Cheque Devuelto, se Cobrará un Recargo de L300.00 Más Comisiones Bancarias.
 Gracias por Preferirnos.
 Emision Autorizada: Del 000-001-01-00000001 al 000-001-01-00006000

Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

FECHA: PUERTO CORTES, 4 DE JULIO DEL 2016

No. 136322

Cheque No.

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: COMERCIAL E INVERSIONES MEDIMAS

Valor L.

*****225,750.00

La suma de:

***** DOSCIENTOS VEINTICINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA CON 00/100 *****

PAGO POR COMPRA DE 75,000 UNIDADES DE OMEPRAZOL 20 MG TB Y 45,000 UNIDADES DOBESILATO DE CALCIO 500 MG PARA EL HOSPITAL DE AREA. FONDOS PROVENIENTE TASA DE SALUD.

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripción	Debe	Haber
03-01-533	225,750.00	503-01-533	0053485	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	225,750.00	0.00
TOTAL L.	225,750.00				225,750.00	0.00
				TOTAL L.		225,750.00

[Signature]
Alcalde o Administrador

Por: *[Signature]*
Firma del Contador

197/2015 de Silva

Firma del Tesorero

[Signature]
Firma Interesado

REVISION CONTABILIDAD DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: *MIB*

Contrato/Addenda: *MIB*

Garantías: *MIB*

Req. Solicitudes: *[Signature]*

Cotizaciones: *[Signature]*

Comp. de Ent. Acta: *ALCANT*

Informe Ing/Rep/CE: *[Signature]*

Factura Recibos: *ALCANT*

Observaciones:

Fecha:

Revisó *[Signature]*

0508-1987-00066



TEL: 2065-3212

Solvencia Municipal No.



Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

No 136330

Cheque No.

FECHA: PUERTO CORTES, 4 DE JULIO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: PUMA CORTES ✓

Valor L.

3,473.78 ✓

La suma de:

**** TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES CON 78/100 ****

PAGO POR SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE LOS DIAS 20 Y 21/05/2016, 08/08/2016 Y 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	3,473.78	503-01-533	0063494	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	3,473.78	0.00
TOTAL L.	3,473.78				3,473.78	0.00

TOTAL L.

3,473.78

[Signature]
Alcalde o Administrador

Firma del Tesorero

[Signature]
Puerto Cortes

Por: *[Signature]*
Jefe del Contador

**REVISION
CONTABILIDAD**

DOCUMENTOS SOPORTE O/P:

Orden de Compra: N/A

Contrato/Adenda: N/A

Garantías: N/A

Req. Solicitada: ✓

Cotizaciones: N/A

Comp. de Ent. Acta: ✓

Informe Ing/Rep/Ch: ✓

Factura Recibida: ✓

Observaciones:

Fecha:

Identidad

Solvencia Municipal No.



Revisó *[Signature]*

farinter

Farmacéutica Internacional S.A. de C.V.

BARRIO LA GRANJA
 CALLE 10
 BOX 222-2718
 FAX: 2553-5599
 SAN PEDRO SULA, D.C. HONDURAS C.A.

BARRIO SANTA ROSA
 CALLE 10
 BOX 2553-5599
 SAN PEDRO SULA, HONDURAS C.A.
 info@farinter.hn
 www.farinter.com

FACTURA No.
003-001-01-00191139



NOMBRE DEL CLIENTE: MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES
 RESPONSABLE:
 DIRECCION:
 TELEFONO: R.T.N. 03019000046963
 POBLACION: SAN PEDRO SULA
 USUARIO SAP: RMEJIA
 EMAIL:
 CODIGO CLIENTE: 700001
 HORA DE IMPRESION: 10:11:31

ORIGINAL: CLIENTE
 R.T.N. 08019003242474

RUTA DE ENTREGA: 02
 FECHA DE FACTURA: 07/07/2016
 FECHA DE VENCIMIENTO: 07/07/2016
 REFERENCIA SAP: 500312726
 VENDEDORES: 190
 CAL: 300096-305F30-5E4492-F03C34-906DB5-6E
 No. PEDIDO: 1231099
 ORDEN DE COMPRA:
 CONO. DE PACO: Pago Unita Entrega
 No. NOTA DE ENTREGA: 08200380227
 COBRADOR: 018
 F-PAGO: EFVO
 FECHA LIMITE EMISION: 08/08/2016

Unidad	Código	Descripción	Código Barra	Precio Publico	Precio Unitario	Descuento Especial	Descuento Extra Edad	ISV	ND*	In cont
80 UNI	10000359	DIPRIVAN 10 MG IV AMP 20 ML X 5	500045005990	1,352.72	1,002.02	22.8	0.0	0.0		Lps.

MERCADERIA
ENTREGADA

PACO
 CONTRA ENTREGA

Recibo mercadería completa y en buenas condiciones.
 Cantidad de unidades = 80 UNI/

Valor	Valor Gravable	Sub Total	Descuento Especial	Descuento Extra Edad	I.S.V.	Total a Pagar
Lps. 80,161.60	Lps. 0.00	Lps. 80,161.60	Lps. 18,242.38	Lps. 361.60	Lps. 0.00	Lps. 61,919.72

Observaciones:
 PAGO CON CHEQUE DE CAJA CLIENTE A LAS 10 ESTA AQUI

Fecha de Recibido
 Debo y Pagare a FARINTER, S.A.
 *No devolutivo
 Cantidad arriba indicada, el 07.07.2016 En caso de mora, reconocere 4.00 % de interés mensual
 hechos del presente, fijo mi domicilio en la ciudad SAN PEDRO SULA a cuyos tribunales me someto en fé de lo cual firmo
 RANNO AUTORIZADO: 00111741 # 00223480

La factura es beneficiaria de todos EXJUALA

REVISO
 DESPACHO
 ENTREGADO
 AUTORIZADO

SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE LEMPRAS CON VEINTIDOS CTYS.
 SI SU PAGO EN CHEQUE ES DEVIERTO POR EL BANCO EL DESCUENTO CONCEDIDO MAS LOS GASTOS QUE ORIGINE SERAN CARGADOS A SU CUENTA



farmacéutica Internacional S.A. de C.V.

BARRIO LA GRANJA
EDIFICIO FARINTER
PBX: 2225-2718
FAX: 2225-2732
COMAYAGUELA, D.C. HONDURAS C.A.
info@farinter.hn

BARRIO SANTA ROSA
7 Y 8 CALLE S.E
II ANILLO DE CIRCUNVALACION
PBX: 2553-5800
FAX: 2553-5599
SAN PEDRO SULA, HONDURAS C.A.

IAGUILAR 10:59:24



NOTA DE DEBITO:

RTN. 08019003242474

Original Cliente

003-001-07-00005444

CLIENTE: 700001 ESPORADICO ESPORADICO		REFERENCIA SAP: 1800159038
DIRECCION:		FECHA DOCUMENTO: 07.07.2016
REGION: DPTO. DE CORTES		FECHA VENCIMIENTO: 07.07.2016
RTN: 08019003242474		CAI: B56B9D-453E21-564E89-C77F7F-39521E-1C
USUARIO SAP: IAGUILAR	HORA DE CREACION: 10:57:59	FECHA LIMITE DE EMISION: 12/02/2017
DOCUMENTO REFERENCIA: OFICINA		

DESCRIPCIÓN	MONTO
POR DIFERENCIAL EN PRECIO EN FACTURA 500812726	0.14
INGREOS POR DB DIVER	0.14

CERO LEMPIRAS CON CATORCE CTVS.		TOTAL
		0.14
CB:DUMMY		
JA	<i>[Handwritten Signature]</i>	
FIRMA ELABORADO POR	FIRMA AUTORIZADA	FIRMA CLIENTE

RANGO AUTORIZADO: 00003789 al 00008288



Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

No. 136327

Cheque No.

FECHA: PUERTO CORTES, 4 DE JULIO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: FARMACEUTICA INTERNACIONAL

Valor L.

*****81,919.36

La suma de:

**** SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE CON 36/100 ****

PAGO POR COMPRA DE 400 PROPOFOL + E.D.T.A PARA EL HOSPITAL DE AREA. FONDOS PROVENIENTE TASA DE SALUD.

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Reg.	Descripcion	Debe	Haber
03-01-533	81,919.36	503-01-533	0053490	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	81,919.36	0.00
TOTAL L.	81,919.36				81,919.36	0.00
				TOTAL L.		81,919.36

[Signature]
Alcalde o Administrador

Firma del Tesorero

[Signature]
Firma Interesado

Por: *[Signature]*
Firma del Contador

REVISION CONTABILIDAD
DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: NIB
 Contrato/Addenda: NIB
 Garantías: NIB
 Reg. Solicitudes: NIB
 Entiraciones: NIB
 Comp. de Ent. Acos: ANCIAR
 Informe Ing/Rep/Ch: NIB
 Factura Recibir: ANCIAR
 Observaciones: NIB
 Fecha: NIB

0512-1991-01715
Identidad

Solvencia Municipal No.



04/07/2016 dsilva

Revisó *[Signature]*

Comercial e Inversiones Medimas S R L CV

Residencial El Portal Bloque C, Casa #4
 Tel: 2565-3151/3197/3212 Fax: 2565-3240
 ventas@medimashn.com
 CAICD2E70-A43237-1E4191-F03646-52F392-30
 R.T.N.: 05019007491865 Fecha Limite Emisión
 14/03/17



FACTURA

000-001-01-00002251

Cliente:
MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES
TIF: 33408351
13 Y 14 CALLE, 1 Y 2 AVE. B° LA CURVA
PUERTO CORTES HONDURAS.
Reg. Tribut.: 0301900044953
Código clte.: 13050890

Lugar y fecha de expedición: San Pedro Sula, Honduras 6 de Julio 2016	Vencimiento: 7 de Julio 2016
Vendedor: 002	Condiciones: Credito
Refer.:	Envio: Entrega

Código producto	Descripción del producto	Cantidad	Precio Unit.	Subtotal
101	HIDROCORTIZONA 100 mg	1,000.0000	26.6000	26,600.00
77	NIFEDIPINA RETARD X 100 TAB	500.0000	220.0000	110,000.00
1555	ALFAMETILDOPA 500 MG X 100 TAB	45.0000	580.0000	26,100.00
146	METOCLOPRAMIDA AMPOLLA	2,580.0000	8.2000	21,156.00
582	OMEPRAZOL VIAL	126.0000	199.5000	25,137.00
		4,251.0000	Subtotal:	208,993.00
			Descuento:	4,179.86

ORDEN # 2



TOTAL _____ **204,813.14**

DOSCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS TRECE _____ 14/100

"La Factura es Beneficio de Todos, Exijala"
 Por cada Cheque Devuelto, se Cobrará un Recargo de L300.00 Más Comisiones Bancarias.
 Gracias por Preferirnos.
 Emision Autorizada: Del 000-001-01-00000001 al 000-001-01-00006000

ORDEN DE PAGO

Cheque No.

No. 136323

FECHA: PUERTO CORTES, 4 DE JULIO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Valor L.

Beneficiario: COMERCIALE INVERSIONES MEDINAS

208,993.00

La suma de:

*** DOSCIENTOS OCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES CON 00/100 ***

PAGO POR COMPRA DE 50.000 UNIDADES NIFEDIPINA, 1.000 HIDROCORTISONA, 2.500 METOCLOPRAMIDA, 120 OMEPRAZOL, 4.500 ALFAMETILDOPA Y 90 ATRACURIO PARA EL HOSPITAL DE AREA, FONDOS PROVENIENTES TASA DE SALUD.

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripción	Debe	Haber
03-01-533	208,993.00	503-01-533	0063486	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	208,993.00	0.00
TOTAL L.	208,993.00				208,993.00	0.00

TOTAL L.

208,993.00

[Signature]
Alcalde o Administrador

Firma del Tesorero

[Signature]
Interesado

[Signature]
Firma del Contador

REVISION CONTABILIDAD DOCUMENTOS SOPORTE GIP

Orden de Compra: *NIB*

Contrato/Adenda: *NIB*

Garantías: *NIB*

Req. Solicitadas: *[check]*

Cotizaciones: *[check]*

Comp. en Ent. Acog: *AVCIAR*

Informe Ing/Rep/Ch: *[check]*

Factura Recibida: *AVCIAR*

Observaciones:

Fecha:

0508-1987-00066



04/07/2016 dsilva

Revis: *[Signature]*



PHAR MED SALES HONDURAS S. A.

COL. MODELO, ZONA 52, COMAYAGUELA, M.D.C
 TELS: 2233-2908, 2233-8943, FAX:2233-1296
 COL. ALAMEDA, EDIFICIO D' ARCO, LOCAL #5, TEGUCIGALPA
 TELS: 2235-3032
 Bo. GUAMILITO, 2DA CALLE ENTRE 10 Y 11 AVENIDA,
 EDIFICIO PLAZA CRISTAL, LOCAL #10
 TELS: 2552-6187

FACTURA

Fecha	No. Pag
07/07/2016	1
N. Factura	
001-001-01 00002848	

R. T. N. 07019995204280
 Rango Autorizado:001-001-01-00001001 al 001-001-01-00003000
 CAI B2E9EA-42A6D4-A543A4-88DDAC-36954F-7D

Cliente: C00063
 Municipalidad de Puerto Cortes

Enviar A:

RTN: 08019995297005

Orden de Compra/Adjudicacion		Solicitado por		Vencimiento		Termino de Pago	
R no 98883				06/08/2016		30 Días	
Contacto		Fec Requerida		Ejecutivo de Ventas			
Phar Med				Sandra Zeron			
Codigo	Descripción	Und	Bodega	Cant	Precio Unit	Total	
4000309	RELATRAC 25mg/2.5ml S.lamp c/1	AMP	02	90.00	81.63	7,346.70	



MONTO EN LETRAS:		Sub Total	LPS	7,346.70
- TODA FACTURA AL CREDITO NO SE CONSIDERA CANCELADA SI NO ESTA ACOMPAÑADA DE SU RESPECTIVO COMPROBANTE DE PAGO		SubTotal Gravado	LPS	0.00
- DESPUES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO SE COBRARA 3.5% DE INTERES POR MORA MENSUAL		SubTotal Excento	LPS	7,346.70
NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DE PRODUCTOS ENTREGADOS CON FECHA DE VENCIMIENTO MAYOR A 2 AÑOS		Flete y Seguro	LPS	0.00
Correo: ssanchez@pharmedsales.com / FLE: 03/09/2016		Impuesto	LPS	0.00
		Descuento	LPS	0.00
		TOTAL	LPS	7,346.70

Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

Cheque No.

No. 136324

FECHA: PUERTO CORTES 4 DE JULIO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sírvase pagar a

Beneficiario: PHAR MED SALES HONDURAS

0801-1982-03585

La suma de:

**** SIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS CON 70/100 ****

PAGO POR LA COMPRA DE 90 ATRACURIO (BASILATO) PARA EL HOSPITAL DE AREA FONDOS PROVENIENTE DE LA TASA DE SALUD.

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Reg.	Descripcion	Debe	Haber
03-01-533	7,346.70	503-01-533	0053487	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	7,346.70	0.00
TOTAL L.	7,346.70				7,346.70	0.00

TOTAL L.

7,346.70

[Signature]
Alcalde o Administrador

Firma del Tesorero

[Signature]
Firma Interesado

[Signature]
Firma del Contador

0801-1982-03585



REVISION CONTABILIDAD
DOCUMENTOS SOPORTE O/R

Orden de Compra: *N/A*
 Contrato/Adenda: *N/A*
 Garantías: *N/A*
 Reg. Sindicado: *[Signature]*
 Cotizaciones: *[Signature]*
 Comp. de Ent. Acta: *AVELAR*
 Informe Ing/Rep/Ch: *[Signature]*
 Factura Recibida: *ALC/AV*
 Observaciones:
 Fecha:

Identidad



Revisó *[Signature]*

Comercial e Inversiones Medimas S R L CV

Residencial El Portal Bloque C, Casa #4
 Tel: 2565-3151/3197/3212 Fax: 2565-3240
 ventas@medimashn.com
 CAICD2E70-A43237-1E4191-F03646-52F392-30
 R.T.N.: 05019007491865 Fecha Limite Emisión
 14/03/17



FACTURA

000-001-01-00002255

Cliete:
MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES
Tlf.: 33408351
13 Y 14 CALLE, 1 Y 2 AVE. B° LA CURVA
PUERTO CORTES HONDURAS.
Reg. Tribut.: 0301900044953
Código cte.: 13050890

Lugar y fecha de expedición: San Pedro Sula, Honduras 6 de Julio 2016	Vencimiento: 7 de Julio 2016
Vendedor: 002	Condiciones: Credito
Refer.:	Envío: Entrega

Código producto	Descripción del producto	Cantidad	Precio Unit.	Subtotal
2795	DEXKETOPROFENO	3,300.0000	56.0000	184,800.00
27	ENOXAPARINA SODICA	150.0000	199.6000	29,940.00

3,450.0000 Subtotal: 214,740.00
 Descuento: 4,294.80

ORDEN # 4



TOTAL 210,445.20

DOSCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO 20/100

"La Factura es Beneficio de Todos, Exíjala"
 Por cada Cheque Devuelto, se Cobrará un Recargo de L300.00 Más Comisiones Bancarias.
 Gracias por Preferimos
 Emision Autorizada: Del 000-001-01-00000001 al 000-001-01-00006000

Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

No 136332

Cheque No.

FECHA: PUERTO CORTES, 4 DE JULIO DEL 2018

Tesorero(a) Municipal: Sírvase pagar a:

Beneficiario: COMERCIAL E INVERSIONES MEDIMAS

Valor L.

214.740,00

La suma de:

**** DOSCIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS CUARENTA CON 00/100 ****

PAGO POR COMPRA DE 3.800 DEXKETOPROFENO (TROMETANOL) Y 150 ENOXAPARINA PARA EL HOSPITAL DEL AREA. FONDOS PROVENIENTES TASA DE SALUD.

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Rec	Descripción	Debe	Haber
03-01-533	214.740,00	503-01-533	0053499	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	214.740,00	0,00
TOTAL L.	214.740,00				214.740,00	0,00
				TOTAL L.		214.740,00

[Handwritten Signature]
 Alcaldе o Administrador
[Handwritten Signature]
 Firma del Contador
 2018



Firma del Tesorero

[Handwritten Signature]
 Firma del Tesorero

REVISION CONTABILIDAD DOCUMENTOS SOPORTE OIP

Código de Compra: NIN

Contrato/Orden: NIN

Garantía: NIN

Req. Solicitor:

Cobranza:

Comp. de Ent. Area: ameta

Informe Ing/Rep/Ch: ameta

Factura recibida: ameta

Observaciones:

Fecha:

0508-1987-00066

[Circular Stamp]
 Solvencia Municipal No

Revisó *[Handwritten Signature]*