

|                                                                   |        |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br>VERACIONES DE HONDURAS<br>(PAMEH) |        |  |
| F-DGFA-001                                                        | 000004 |                                                                                     |
| ORDEN DE COMPRA EXENTA<br>OC2023031152                            |        |                                                                                     |

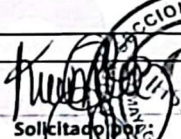
|                              |                                                |                          |          |
|------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|----------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b> |                                                |                          |          |
| Nombre o Razón Social :      | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) |                          |          |
| RTN :                        | 08019003249605                                 |                          |          |
| Código SAG:                  |                                                |                          |          |
| Solicitud de Exoneración:    | EM2022000439                                   | Fecha de Vencimiento:    | 2/7/2023 |
| Registro de Exonerados :     | R2023000624                                    |                          |          |
| Estado de la OCE :           | AUTORIZADA                                     | Fecha de Aprobación OCE: | 4/5/2023 |

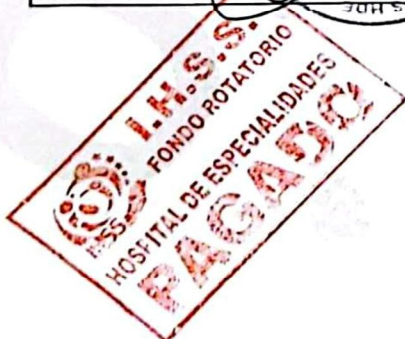
|                              |                                   |                        |          |
|------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------|
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b> |                                   |                        |          |
| Proyecto :                   | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD |                        |          |
| Aduana :                     | N/A                               |                        |          |
| Fecha de Emisión :           | 4/5/2023                          | Fecha de Vencimiento : | 7/9/2023 |
| Tipo de Compra :             | BIENES                            | Depósito Aduanero:     | N/A      |
| Tipo de Documento :          | LOCAL                             | Documento de Compra:   | FACTURA  |

|                    |                                                                                                                                                                         |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3 PROVEEDOR</b> |                                                                                                                                                                         |
| RTN :              | 08019020216441                                                                                                                                                          |
| Nombre:            | SOCIEDAD DE INVERSIONES Y SERVICIOS DE SALUD DE HONDURAS (SISSHO)                                                                                                       |
| Observación:       | PARA USO EN PACIENTE BESSY JAMILETH CACERES FLORES CON ID. 0801-1975-09913.- SEGUN FACTURA PROFORMA NO. 2023-04-001 CON FECHA 20 DE ABRIL DEL 2023.<br>RAIGMON MONCADA. |

|                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                               |
| Sírvase por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br><b>IMPUESTO SOBRE LA VENTA</b> |

| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                              |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Descripción                                                                                          | Costo en Lempiras |
| 2100003202.-2 PIEZAS DE MICRO PLACA RECTA SISTEMA 1.5 (16 ORIFICIOS).-CON PRECIO UNITARIO L.2,795.00 | 5,590.00          |
| 2100003209.-30 PIEZAS DE TORNILLOS SISTEMA 1.5.-CON PRECIO UNITARIO L.441.34                         | 13,240.20         |
| 2100003208.-1 PIEZA DE MALLA DE ORBITA SISTEMA 1.5.-CON PRECIO UNITARIO L.9,930.11                   | 9,930.11          |
| 2100003211.-1 PIEZA DE MINI PLACA RECTA SISTEMA 2.0 DE 16 ORIFICIOS.-CON PRECIO UNITARIO L.2,830.45  | 2,830.45          |
| 2100003215.-20 PIEZAS DE TORNILLOS SISTEMA 2.0.-CON PRECIO UNITARIO L.441.34                         | 8,826.80          |
| <b>TOTAL:</b>                                                                                        | <b>40,417.56</b>  |

|                                                                                                                            |                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                            |                                                                                                                          |
| <br>Solicitante por:<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por:<br>(Firma y Sello) |



000004

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>REVISADO</b>      |   |
| FECHA:               |   |
| FOLIO#:              | 1 |
| ESTA CONTROL INTERNO |   |

Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial

**FACTURA**



**Radi-X**

RADIOLOGÍA ORO-FACIAL by SSISSHO

**FACTURA**

Nº 001-001-01-00 006

SOCIEDAD DE INVERSIONES Y SERVICIOS DE SALUD DE HONDURAS S. DE R. L. D. C.  
Principal: Col. Miraflores Norte, Calle Principal, Ave. Santa Cristina, Casa 1622, Distrito Central, Honduras

R.T.N.: 08019020216441

CAI: 5250B8-77AD88-4F468A-A3D75D-F5A182-00

Torre Metrópolis #2, Primer piso, área comercial, local C-130, Blv. Suyapa, frente a Emisoras Unidas, Distrito Central, F.M.  
Tel: +504 2243-1491 / Cel: +504 3321-3741 / Email: inversionesyserviciosdesalud@gmail.com

CLIENTE: IHSS Especialidad

R.T.N.: 08019003249405

DIRECCION: 12 Granja

FECHA: 30 / 01 / 2023

| CANT. | DESCRIPCIÓN                       | P. UNITARIO | DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS | TOTAL     |
|-------|-----------------------------------|-------------|--------------------------------|-----------|
| 2     | Microplaca recta 1.5 x 1.5 Oficio | 2,795.00    |                                | 5,590.00  |
| 30    | Tornillo Sistema 1.5              | 441.34      |                                | 13,240.20 |
| 1     | Placa de órbita Sistema 1.5       | 9,330.11    |                                | 9,330.11  |
| 1     | Mini placa recta 2.0 x 1.0 Oficio | 2,830.45    |                                | 2,830.45  |
| 20    | Tornillos Sistema 2.0             | 441.34      |                                | 8,826.80  |
|       |                                   |             |                                |           |
|       |                                   |             |                                |           |
|       |                                   |             |                                |           |
|       |                                   |             |                                |           |
|       |                                   |             |                                |           |

VALOR EN LETRAS: Ciento mil Cuatrocientos dieciséis con Cincuenta y seis Centavos

La factura es beneficio de todos "EXIJALA"

ORIGINAL: CLIENTE / COPIA OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR  
MODALIDAD: IMPRESION POR IMPRENTA

Nº ORDEN DE COMPRA EXENTA:

Nº CONSTANCIA DE REGISTRO DE EXONERADO:

Nº REGISTRO DE LA SAG:



FIRMA AUTORIZADA

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L. |           |
| SUB-TOTAL L.                      | 40,417.56 |
| IMPORTE EXENTO L.                 |           |
| IMPORTE GRAVADO 15% L.            |           |
| I.S.V. 15% L.                     |           |
| IMPORTE EXONERADO L.              |           |
| TOTAL A PAGAR L.                  | 40,417.56 |

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 24/04/2024



000003







**PDF**  
Complete

Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

|            |                                                                                                                                            |  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| F-DGFA-001 | <b>AFORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)<br/>ORDEN DE COMPRA EXENTA<br/>OC2023030258</b><br>000031 |  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                              |                                                |                           |          |
|------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------|----------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b> |                                                |                           |          |
| Nombre o Razón Social :      | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) |                           |          |
| RTN :                        | 08019003249605                                 |                           |          |
| Código SAG :                 |                                                |                           |          |
| Solicitud de Exoneración :   | EM2022000439                                   | Fecha de Vencimiento :    | 2/7/2023 |
| Registro de Exonerados :     | R2023000624                                    |                           |          |
| Estado de la OCE :           | AUTORIZADA                                     | Fecha de Aprobación OCE : | 2/5/2023 |

|                              |                                   |                        |          |
|------------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------|
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b> |                                   |                        |          |
| Proyecto :                   | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD |                        |          |
| Aduana :                     | N/A                               |                        |          |
| Fecha de Emisión :           | 2/5/2023                          | Fecha de Vencimiento : | 5/9/2023 |
| Tipo de Compra :             | BIENES                            | Depósito Aduanero :    | N/A      |
| Tipo de Documento :          | LOCAL                             | Documento de Compra :  | FACTURA  |

|                    |                                                                                                                                                                    |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3 PROVEEDOR</b> |                                                                                                                                                                    |
| RTN :              | 05019995155721                                                                                                                                                     |
| Nombre :           | MEDSTAT                                                                                                                                                            |
| Observación :      | PARA USO EN PACIENTE SAMUEL ALBERTO CARDONA RODRIGUEZ CON ID 0801-2009-22828.- SEGUN FACTURA PROFORMA NO. 15038 CON FECHA 02 DE MAYO DEL 2023.<br>RAIGMON MONCADA. |

|                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                               |
| Sírvase por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br><b>IMPUESTO SOBRE LA VENTA</b> |

| 5 DETALLE PEDIDO                                                                                    |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Descripción                                                                                         | Costo en Lempiras |
| 2100003211.-1 PIEZA DE MINI PLACA RECTA SISTEMA 2.0 DE 16 ORIFICIOS.-CON PRECIO UNITARIO L.2.672.00 | 2,672.00          |
| 2100003215.-16 PIEZAS DE TORNILLOS SISTEMA 2.0.-CON PRECIO UNITARIO L.543.00                        | 8,688.00          |
| 2100003217.-6 PIEZAS DE TORNILLOS IMF DE BLOQUEO SISTEMA 2.0.-CON PRECIO UNITARIO L.429.00          | 2,574.00          |
| <b>TOTAL:</b>                                                                                       | <b>13,934.00</b>  |

|                 |                                        |                                      |
|-----------------|----------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b> | <br>Solicitado por:<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por:<br>(Firma y Sello) |
|-----------------|----------------------------------------|--------------------------------------|

Recibi. De Original  
Catherine Villalobos  
0801999325379



000031



Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial



Escaneado con CamScanner

**medstat**  
El Acceso a la Biotecnología Médica

MEDSTAT, S.A  
RTN: 05019995155721

Bvd. Suyapa, Hotel Plaza Florencia, Local 3  
Teléfonos: 9505-0344 / 9669-4426  
servicioalciente@medstat.hn.com

**Oficina Matriz:**  
Barrio Río de Piedras  
23 Avenida y 3 calles S.O # 22  
San Pedro Sula, Honduras

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social  
Id. Escat: 08019003249605

**FACTURA DE CLIENTE**

Factura No: 002-001-01-00045076  
Factura a Crédito

Vendedor: Ever Manuel Campos  
Teléfono: 22228412  
Fecha doc: 31/05/2023  
Hora: 01:36:52 p.m.  
Fecha venc: 30/6/2023

| Número              | Descripción                                           | Cantidad | Precio unitario | Descuentos otorg. | Total    |
|---------------------|-------------------------------------------------------|----------|-----------------|-------------------|----------|
| * MC-COT1           | Pieza de mini placa recta sistema 2.0 de 16 orificios | 1        | 2 672,00        | 0,00              | 2 672,00 |
| * MC-COT2           | Pieza de tornillos sistema 2.0                        | 16       | 543,00          | 0,00              | 8 688,00 |
| * MC-COT3           | Pieza de tornillos IMF de bloqueo de sistema 2.0      | 6        | 429,00          | 0,00              | 2 574,00 |
| Cant. Artículos: 23 |                                                       |          |                 |                   |          |



No. Correlativo de orden de compra exenta :  
No. Correlativo de constancia de registro exonerado :  
No. Indefinido del Registro de la SAG:

Total en letras: Trece Mil Novecientos Treinta Y Cuatro Y 00 / 100 Lempiras

Transferencia:

Efectivo:

Tarjeta de crédito:

Cheques:

|                      |    |           |
|----------------------|----|-----------|
| SUBTOTAL             | L. | 13 934,00 |
| DESCUENTOS OTORGADOS | L. | 0,00      |
| SUBTOTAL             | L. | 13 934,00 |
| IMPORTE EXONERADO:   | L. |           |
| IMPORTE EXENTO:      | L. | 13 934,00 |
| IMPORTE GRAVADO 15 % | L. | 0,00      |
| IMPORTE GRAVADO 18 % | L. | 0,00      |
| EXE 0 %              | L. | 0,00      |
| ISV %                | L. | 0,00      |
| ISV 18 %             | L. |           |

**TOTAL A PAGAR**

**13 934,00**

cot.0524 Paciente Samuel Alberto Cardona Rodriguez

CAI: A14EFD-A23E02-4D48BE-7B3400-F9CFC3-F6

Rango de Autorizado: 002-001-01-000-44201 al 002-001-01-000-48200 Fecha Límite de Emisión: 08/03/2024

ORIGINAL - CLIENTE (COPIA - CONTABILIDAD)





**PDF**  
Complete

Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

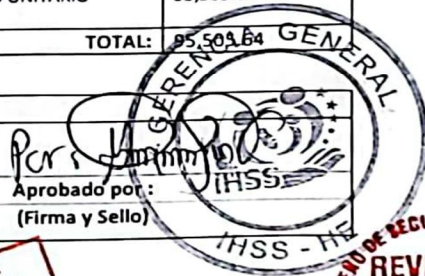
Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

|            |                                                                                                                                       |  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| F-DGFA-001 | <b>ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTA</b><br>OC2023033935 000054 |  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                          |                          |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                          |                          |           |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                         | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)                                                                                                                                           |                          |           |
| RTN :                                                                                                                                           | 08019003249605                                                                                                                                                                           |                          |           |
| Código SAG:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                          |                          |           |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                                       | EM2022000439                                                                                                                                                                             | Fecha de Vencimiento:    | 2/7/2023  |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                        | R2023000624                                                                                                                                                                              |                          |           |
| Estado de la OCE :                                                                                                                              | AUTORIZADA                                                                                                                                                                               | Fecha de Aprobación OCE: | 11/5/2023 |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                          |                          |           |
| Proyecto :                                                                                                                                      | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                                                                                                                                                        |                          |           |
| Aduana :                                                                                                                                        | N/A                                                                                                                                                                                      |                          |           |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                              | 11/5/2023                                                                                                                                                                                | Fecha de Vencimiento :   | 14/9/2023 |
| Tipo de Compra :                                                                                                                                | BIENES                                                                                                                                                                                   | Depósito Aduanero:       | N/A       |
| Tipo de Documento :                                                                                                                             | LOCAL                                                                                                                                                                                    | Documento de Compra:     | FACTURA   |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                          |                          |           |
| RTN :                                                                                                                                           | 08019001262611                                                                                                                                                                           |                          |           |
| Nombre:                                                                                                                                         | DIMEX MEDICA                                                                                                                                                                             |                          |           |
| Observación:                                                                                                                                    | COMPRA DE 4 PIEZAS DE KIT DE MONITOREO PARENQUIMATOSO.-PARA USO EN CUIDADOS CRITICOS DE ADULTOS.- SEGUN FACTURA PROFORMA NO. 0085-2023 CON FECHA 9 DE MAYO DEL 2023.<br>RAIGMON MONCADA. |                          |           |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                                |                                                                                                                                                                                          |                          |           |
| Sírvasse por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br><b>IMPUESTO SOBRE LA VENTA</b> |                                                                                                                                                                                          |                          |           |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          |                          |           |

| Descripción                                                                              | Costo en Lempiras |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 2100002888.-4 PIEZAS DE KIT DE MONITOREO PARENQUIMATOSO.-CON PRECIO UNITARIO L.23,876.41 | 95,505.64         |
| <b>TOTAL:</b>                                                                            | <b>95,505.64</b>  |

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                    |                                  |
| Solicitado por:<br>(Firma y Sello) | Aprobado por:<br>(Firma y Sello) |



000054

Costado Puente  
0801-1987-21411

Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial



Escaneado con CamScanner



**PDF**  
Complete

Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

**medica S.A. de C.V.**

000053

Factura No. 000-002-01-00018431

Tegucigalpa: Barrio San Felipe, atrás de Iglesia Medalla  
Milagrosa No. 3002, Tegucigalpa, Honduras, C. A.

RTN: 08019001262611

PBX: (504) 2280-4444

FAX: (504) 2280-4445 - 2221-6883

Pedidos: 2221-6415 e-mail: franmel@dimexmedica.com

**Cliente:** 2-01-0043 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IHSS  
**Direccion:** BO.LA GRANJA  
**R. T.N. Cliente:** 08019003249605  
**Registro de Exonerado:** R2023000624  
**Orden Compra Exenta:** OC2023033935  
**Registro SAG:**  
**C.A.I.** D15203-7111F6-DB45B7-DF37A8-F01D38-C0  
**Fecha Limite :** 14/12/2023 Hora:  
**Rango de Facturacion:** 000-002-01-00017701 al 000-002-01-00020700  
**Observacion :** OC 1300002531

**Vendedor :** RAQUEL VALLADARES  
**Fecha:** 30/05/2023  
**Forma de Pago:** CREDITO  
**Fecha Vence:**

| Codigo      | Cant. | Und  | Lote # | Descripcion                     | Precio    | Rebajas y Descuentos | ISV | Total     |
|-------------|-------|------|--------|---------------------------------|-----------|----------------------|-----|-----------|
| 12-398-0008 | 4     | UND. |        | KIT DE MONITOREO PARENQUIMATOSO | 23,876.41 |                      |     | 95,505.64 |

ORIGINAL

REVISADO

I.H.S.S.  
FONDO ROTATORIO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
PAGADO

NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CINCO LEMPTRAS CON 64/100 CENTAVOS.

|                                                                                     |                                                                                      |                      |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|
|  |  | Importe Exonerado    | 95,505.64   |
|                                                                                     |                                                                                      | Importe Exento       | 0.00        |
|                                                                                     |                                                                                      | Importe Gravado      | 0.00        |
|                                                                                     |                                                                                      | Rebajas y Descuentos | 0.00        |
|                                                                                     |                                                                                      | Impto. S/V 15%       | 0.00        |
| Autorizado Por                                                                      | Firma y Sello del Cliente                                                            | Total a Pagar        | L 95,505.64 |

Importante: estimado cliente revise la mercaderia en presencia de nuestro empleado, no aceptamos reclamos posteriores

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

Calidad y Profesionalismo al Cuidado de la Salud

www.dimexmedica.com

La factura es Beneficio de Todos, "Exijala"

000053



Escaneado con CamScanner



|            |                                                                                                                                             |                                                                                     |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| F-DGFA-001 | <b>FORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTA</b><br>OC2023034506 000074 |  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                 |                                                                                       |                          |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                                    |                                                                                       |                          |           |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                         | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)                                        |                          |           |
| RTN :                                                                                                                                           | 08019003249605                                                                        |                          |           |
| Código SAG:                                                                                                                                     |                                                                                       |                          |           |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                                       | EM2022000439                                                                          | Fecha de Vencimiento:    | 2/7/2023  |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                        | R2023000624                                                                           |                          |           |
| Estado de la OCE :                                                                                                                              | AUTORIZADA                                                                            | Fecha de Aprobación OCE: | 12/5/2023 |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                                    |                                                                                       |                          |           |
| Proyecto :                                                                                                                                      | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                                                     |                          |           |
| Aduana :                                                                                                                                        | N/A                                                                                   |                          |           |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                              | 12/5/2023                                                                             | Fecha de Vencimiento :   | 15/9/2023 |
| Tipo de Compra :                                                                                                                                | BIENES                                                                                | Depósito Aduanero:       | N/A       |
| Tipo de Documento :                                                                                                                             | LOCAL                                                                                 | Documento de Compra:     | FACTURA   |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                              |                                                                                       |                          |           |
| RTN :                                                                                                                                           | 05019014696064                                                                        |                          |           |
| Nombre:                                                                                                                                         | DISPOSITIVOS MEDICOS HOSPITALARIOS S DE RL                                            |                          |           |
| Observación:                                                                                                                                    | SERA UTILIZADO PARA EL PACIENTE OLVIN GERARDO RODRIGUEZ MEJIA.<br>CHRISTOPHER MENDEZ. |                          |           |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                                |                                                                                       |                          |           |
| Sírvasse por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br><b>IMPUESTO SOBRE LA VENTA</b> |                                                                                       |                          |           |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                         |                                                                                       |                          |           |

| Descripción                                                                          | Costo en Lempiras |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 2100003211-. 02 PIEZAS DE MINI PLACAS 2.0 16 ORIFICIOS PRECIO UNITARIO LPS. 2,150.00 | 4,300.00          |
| 2100003215-. 20 TORNILLOS 2.0 PRECIO UNITARIO LPS. 397.80                            | 7,956.00          |
| 2100003217-. 06 PIEZAS DE TORNILLOS IMF PRECIO UNITARIO LPS. 615.00                  | 3,690.00          |
| <b>TOTAL:</b>                                                                        | <b>15,946.00</b>  |

|                                                                                                                          |                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                          |                                                                                                                           |
| <br>Solicitado por<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por :<br>(Firma y Sello) |

Pablo Alberto Mejia Guardado  
0801 1978 03548  




000074



Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial



**DISPOSITIVOS MEDICOS HOSPITALARIOS S. DE R. L.**

RTN: 05019014696064

COL BOGRAN 9 AVE N.E. #201 EDIFICIO PLANMED

ventas@dimehos.com San Pedro Sula, Cortes, Honduras. Tel. 2527-8215

**NOMBRE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**

RTN: 08019003249605

**FORMA PAGO: CREDITO 30 DIAS**

HOSPITAL: IHSS-TEG

PACIENTE: OLVIN GERARDO RODRIGUEZ MEJIA

Original: Cliente Copia: Obligado Tributario Emisor

Fecha Max. de Emision: 17/04/2024

Rango Autorizado: 00004001 a 00005500

| Descripcion                  | Cant. | P. Unit.    | Sub-Total   | Desc.   | TOTAL       |
|------------------------------|-------|-------------|-------------|---------|-------------|
| MINI PLACAS 2.0 16 ORIFICIOS | 2     | L. 2,150.00 | L. 4,300.00 | L. 0.00 | L. 4,300.00 |
| TORNILLOS 2.0                | 20    | L. 397.80   | L. 7,956.00 | L. 0.00 | L. 7,956.00 |
| TORNILLOS IMF                | 6     | L. 615.00   | L. 3,690.00 | L. 0.00 | L. 3,690.00 |



Vendedor: ROXANA PAREDES

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| SUBTOTAL:             | L. 15,946.00        |
| DESCUENTOS Y REBAJAS: | L. 0.00             |
| IMPORTE GRAVADO 15%:  | L. 0.00             |
| IMPORTE GRAVADO 18%:  | L. 0.00             |
| IMPORTE EXENTO:       | L. 0.00             |
| IMPORTE EXONERADO:    | L. 15,946.00        |
| ISV 15%:              | L. 0.00             |
| ISV 18%:              | L. 0.00             |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b> | <b>L. 15,946.00</b> |

**OBSERVACIONES:**

OCE: OC2023034506

No. Identificativo del registro de SAG

No. Correlativo Orden de Compra Exenta:

No. Correlativo Constancia de Registro Exonerado:

QUINCE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS LEMPIRAS.



000073

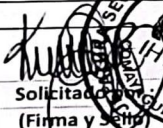


Firma y Sello



|            |                                                                                                                                       |                                                                                                   |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F-DGFA-001 | <b>ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTA</b><br><b>OC2023034911</b> |  <b>000099</b> |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                          |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |                          |                   |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                         | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)                                                                                                                      |                          |                   |
| RTN :                                                                                                                                           | 08019003249605                                                                                                                                                      |                          |                   |
| Código SAG:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                     |                          |                   |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                                       | EM2022000439                                                                                                                                                        | Fecha de Vencimiento:    | 2/7/2023          |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                        | R2023000624                                                                                                                                                         |                          |                   |
| Estado de la OCE :                                                                                                                              | AUTORIZADA                                                                                                                                                          | Fecha de Aprobación OCE: | 15/5/2023         |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                                    |                                                                                                                                                                     |                          |                   |
| Proyecto :                                                                                                                                      | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                                                                                                                                   |                          |                   |
| Aduana :                                                                                                                                        | N/A                                                                                                                                                                 |                          |                   |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                              | 15/5/2023                                                                                                                                                           | Fecha de Vencimiento :   | 18/9/2023         |
| Tipo de Compra :                                                                                                                                | BIENES                                                                                                                                                              | Depósito Aduanero:       | N/A               |
| Tipo de Documento :                                                                                                                             | LOCAL                                                                                                                                                               | Documento de Compra:     | FACTURA           |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                              |                                                                                                                                                                     |                          |                   |
| RTN :                                                                                                                                           | 08019013618345                                                                                                                                                      |                          |                   |
| Nombre:                                                                                                                                         | SISTEMAS E IMAGENES MEDICOS S. DE R.L.                                                                                                                              |                          |                   |
| Observación:                                                                                                                                    | COMPRA DE 60 GALONES DE QUIMICO REVELADOR.-PARA USO EN RADIOLOGIA E IMAGEN.- SEGUN FACTURA PROFORMA NO. 007-2023 CON FECHA 15 DE MAYO DEL 2023.<br>RAIGMON MONCADA. |                          |                   |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                                |                                                                                                                                                                     |                          |                   |
| Sírvasse por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br><b>IMPUESTO SOBRE LA VENTA</b> |                                                                                                                                                                     |                          |                   |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                     |                          |                   |
| Descripción                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                     |                          | Costo en Lempiras |
| 2200000802.-60 GALONES DE QUIMICO REVELADOR.-CON PRECIO UNITARIO L.850.00                                                                       |                                                                                                                                                                     |                          | 51,000.00         |
| <b>TOTAL:</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |                          | <b>51,000.00</b>  |

|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                               |
| <br>Solicitante: <br>(Firma y Sello) | Por: <br>Aprobado por:<br>(Firma y Sello) |



Recibido David Aglix 16/05/2023



000099

Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial



# Sistemas e Imágenes Médicos S. de R.L.

RTN: 08019013618345  
Colonia Miramontes calle La Salud, detrás de Jardines y Piscinas.  
Tegucigalpa.  
e-mail : info@simedic.hn  
Teléfono: 2235-7080

000098

CAI: 31DCAB-DED32D-9949A9-65835D-F6388A-56  
Rango Autorizado: 000-002-01-00000001 Al 000-002-01-00000400  
Fecha Límite de emisión: 09/11/2023

Factura No.  
**000-002-01-00000116**  
Fecha de Emisión: 30/05/2023

Cod. Cliente: C000047 RTN: 08019003249605  
A Nombre de : INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (I.H.S.S.)  
Dirección:  
Email:  
Telefonos:  
22224338

Orden de Compra:  
Condiciones: CREDITO\_30  
Vencimiento: 17/06/2023  
No. Pedido: 110000133  
Vendedor: Oficina

| Descripción | UM | Cantidad | Precio Un. | % | Desc./Reb. | Total | G/E |
|-------------|----|----------|------------|---|------------|-------|-----|
|-------------|----|----------|------------|---|------------|-------|-----|

QUIMICO REVELADOR  
MARCA: WHITE MOUNTAIN IMAGING  
PRESENTACION: GALON  
FECHA DE VENCIMIENTO: 30-11-2024  
TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATO



|                               |    |      |                        |    |           |
|-------------------------------|----|------|------------------------|----|-----------|
| 0,00% Descuento               | L. | 0.00 | Sub-Totales.           | L. | 51,000.00 |
| No. OC Exenta :OC2023034911   |    |      | Importe Exonerado:     | L. | 0.00      |
| No. Const. regis. Exoner. No. |    |      | Importe Exento:        | L. | 0.00      |
| Identificación SAG            |    |      | Descuento:             | L. | 0.00      |
|                               |    |      | Importe Grabado: (15%) | L. | 51,000.00 |
|                               |    |      | Importe Grabado (18%)  | L. | 0.00      |
|                               |    |      | I.S.V. (15%)           | L. | 0.00      |
|                               |    |      | I.S.V. (18%)           | L. | 0.00      |
|                               |    |      | Total a Pagar          | L. | 51,000.00 |



Recibe

Firma y Sello del Cliente

Total en Letras: cincuenta y un mil con 00 / 100

Numero Interno: 110000186

000098

La Factura Es Beneficio de Todos, Exijala!

Original: Cliente; Copia: Obligado Tributario

Página 1 de 1





|            |                                                                                                                                                   |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F-DGFA-001 | <b>FORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENT</b> 000122<br><b>OC2023026801</b> |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                |                                                          |                          |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                                   |                                                          |                          |                   |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                        | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)           |                          |                   |
| RTN :                                                                                                                                          | 08019003249605                                           |                          |                   |
| Código SAG:                                                                                                                                    |                                                          |                          |                   |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                                      | EM2022000439                                             | Fecha de Vencimiento:    | 2/7/2023          |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                       | R2023000624                                              | Fecha de Aprobación OCE: | 20/4/2023         |
| Estado de la OCE :                                                                                                                             | AUTORIZADA                                               |                          |                   |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                                   |                                                          |                          |                   |
| Proyecto :                                                                                                                                     | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                        |                          |                   |
| Aduana :                                                                                                                                       | N/A                                                      |                          |                   |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                             | 20/4/2023                                                | Fecha de Vencimiento :   | 24/8/2023         |
| Tipo de Compra :                                                                                                                               | BIENES                                                   | Depósito Aduanero:       | N/A               |
| Tipo de Documento :                                                                                                                            | LOCAL                                                    | Documento de Compra:     | FACTURA           |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                             |                                                          |                          |                   |
| RTN :                                                                                                                                          | 08011967087321                                           |                          |                   |
| Nombre:                                                                                                                                        | CORPORACIÓN COMERCIAL                                    |                          |                   |
| Observación:                                                                                                                                   | SOLICITADO POR MANTENIMIENTO.<br><br>CHRISTOPHER MENDEZ. |                          |                   |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                               |                                                          |                          |                   |
| Sirvase por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br><b>IMPUESTO SOBRE LA VENTA</b> |                                                          |                          |                   |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                        |                                                          |                          |                   |
| Descripción                                                                                                                                    |                                                          |                          | Costo en Lempiras |
| 2400002576-. 01 UNIDAD DE VALVULA BRIDADA DE 6 PULGADAS                                                                                        |                                                          |                          | 17,300.00         |
| TOTAL:                                                                                                                                         |                                                          |                          | 17,300.00         |

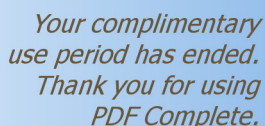
|                                                                                                                          |                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                          |                                                                                                                           |
| <br>Solicitado por<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por :<br>(Firma y Sello) |

  
0801 1967 08732

**I.H.S.S.**  
**FONDO ROTATORIO**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**PAGADO**

000122

Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial



[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Comayagüela, M.D.C., F. M., Honduras, C. A.

**Teléfonos: 2213-6134, Cel. 9569-3324**

**E-mail: [corporacioncomercial@yahoo.com](mailto:corporacioncomercial@yahoo.com)**

**R.T.N.: 08011967087321**

**CAI: 9A3791-9D90CA-8E4F98-657C62-D3DE56-85**

**RANGO AUT.: DEL 000-001-01-00001101 AL 000-001-01-00001250**

**FACTURA** No. 000-001-01-00001171

| DÍA | MES  | AÑO  |
|-----|------|------|
| 31  | Mayo | 2023 |

Fecha límite de Emisión: 25/01/2024

Cliente: I H S S

RTN: 0801 900 3249605

CREDITO ☐      CONTADO ☐

**Dirección:**

**DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO**

**No. CONSTANCIA REG. EXONERADOS**

**Nº. O/C. EXENTA**

**No. REGISTRO SAG**

[illegible]

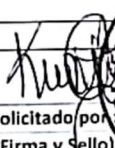
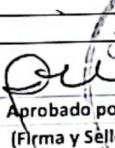
ORIGINAL: CLIENTE, COPIA 1 y 2: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR



000004

|            |                                                                                                                                            |                                                                                     |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| F-DGFA-001 | <b>PLATAFORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTA<br/>OC2023039277</b> |  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                             |                                                                                                                                                                                           |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                  | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)                                                                                                                                            |
| RTN :                                                                                                                                    | 08019003249605                                                                                                                                                                            |
| Código SAG:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                                | EM2022000439                                                                                                                                                                              |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                 | R2023000624                                                                                                                                                                               |
| Estado de la OCE :                                                                                                                       | AUTORIZADA                                                                                                                                                                                |
| Fecha de Vencimiento:                                                                                                                    | 2/7/2023                                                                                                                                                                                  |
| Fecha de Aprobación OCE:                                                                                                                 | 26/5/2023                                                                                                                                                                                 |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                             |                                                                                                                                                                                           |
| Proyecto :                                                                                                                               | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                                                                                                                                                         |
| Aduana :                                                                                                                                 | N/A                                                                                                                                                                                       |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                       | 26/5/2023                                                                                                                                                                                 |
| Tipo de Compra :                                                                                                                         | BIENES                                                                                                                                                                                    |
| Tipo de Documento :                                                                                                                      | LOCAL                                                                                                                                                                                     |
| Fecha de Vencimiento :                                                                                                                   | 29/9/2023                                                                                                                                                                                 |
| Depósito Aduanero:                                                                                                                       | N/A                                                                                                                                                                                       |
| Documento de Compra:                                                                                                                     | FACTURA                                                                                                                                                                                   |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                           |
| RTN :                                                                                                                                    | 08019001262611                                                                                                                                                                            |
| Nombre:                                                                                                                                  | DIMEX MEDICA                                                                                                                                                                              |
| Observación:                                                                                                                             | COMPRA DE 45 UNIDADES DE SOLUCION ESTERILIZANTE FORMALDEHIDO AL 2%.- PARA USO EN CENTRAL DE EQUIPOS.- SEGUN FACTURA PROFORMA NO. 419/2023 CON FECHA 25 DE MAYO DEL 2023. RAIGMON MONCADA. |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                         |                                                                                                                                                                                           |
| Sírvasse por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br>IMPUESTO SOBRE LA VENTA |                                                                                                                                                                                           |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                           |
| Descripción                                                                                                                              | Costo en Lempiras                                                                                                                                                                         |
| 2100002308.-45 UNIDADES DE SOLUCION ESTERILIZANTE FORMALDEHIDO AL 2 %.-CON PRECIO UNITARIO L.2,680.45                                    | 120,620.25                                                                                                                                                                                |
| <b>TOTAL:</b>                                                                                                                            | <b>120,620.25</b>                                                                                                                                                                         |

|                                                                                                                          |                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                          |                                                                                                                          |
| <br>Solicitado por<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por<br>(Firma y Sello) |



GUSTAVO DUARTE  
0801-1907-2141

000004

Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial





|            |                                                                                                                                                  |                                                                                     |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| F-DGFA-001 | <b>PLATAFORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTA</b><br><b>OC2023038020</b> |  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

00022

|                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                   |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                   |                                    |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                  |  | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)                                                                                                                                                    |                                    |
| RTN :                                                                                                                                    |  | 08019003249605                                                                                                                                                                                    |                                    |
| Código SAG:                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                   |                                    |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                                |  | EM2022000439                                                                                                                                                                                      | Fecha de Vencimiento: 2/7/2023     |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                 |  | R2023000624                                                                                                                                                                                       |                                    |
| Estado de la OCE :                                                                                                                       |  | AUTORIZADA                                                                                                                                                                                        | Fecha de Aprobación OCE: 24/5/2023 |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                   |                                    |
| Proyecto :                                                                                                                               |  | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                                                                                                                                                                 |                                    |
| Aduana :                                                                                                                                 |  | N/A                                                                                                                                                                                               |                                    |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                       |  | 24/5/2023                                                                                                                                                                                         | Fecha de Vencimiento : 27/9/2023   |
| Tipo de Compra :                                                                                                                         |  | BIENES                                                                                                                                                                                            | Depósito Aduanero: N/A             |
| Tipo de Documento :                                                                                                                      |  | LOCAL                                                                                                                                                                                             | Documento de Compra: FACTURA       |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                   |                                    |
| RTN :                                                                                                                                    |  | 08019998391040                                                                                                                                                                                    |                                    |
| Nombre:                                                                                                                                  |  | PAPELERIA HONDURAS                                                                                                                                                                                |                                    |
| Observación:                                                                                                                             |  | COMPRA DE 134 UNIDADES DE CINTA #ERC 34,38 EPSON TMU 200-220.-PARA<br>USO EN FARMACIA DE CONSULTA EXTERNA.- SEGUN FACTURA PROFORMA NO.<br>3249 CON FECHA 23 DE MAYO DEL 2023.<br>RAIGMON MONCADA. |                                    |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                   |                                    |
| Sírvasse por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br>IMPUESTO SOBRE LA VENTA |  |                                                                                                                                                                                                   |                                    |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                   |                                    |
| Descripción                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                   | Costo en<br>Lempiras               |
| 2500000093.-134 UNIDADES DE CINTA #ERC 34,38 EPSON TMU 200-220.-CON PRECIO UNITARIO<br>L.36.00                                           |  |                                                                                                                                                                                                   | 4,824.00                           |
| TOTAL:                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                   | 4,824.00                           |

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                    |                                  |
| Solicitado por:<br>(Firma y Sello) | Aprobado por:<br>(Firma y Sello) |

|                          |
|--------------------------|
| <b>REVISADO</b>          |
| FECHA: _____             |
| FOLIO#: _____            |
| F. _____                 |
| ANALISTA CONTROL INTERNO |

Olindo García  
0801-81-2745



Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial



**PDF**  
Complete

Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features



S. de R.L.

Artículos de Oficina, Suministros de  
Computo y Materiales de Aseo.

Barrio Morazán, frente al antiguo Centro Social

Universitario, Casa No. 1338,

Tegucigalpa, M.D.C.

PHX: 2235-6315

Fax: 2239-5782

E-mail: papeleriahonduras@gu@yahoo.com.mx

000021

R.T.N.: 08019998391040

CAI: F0EDE2-938387-034881-4B644D-3B1F8A-99

FACTURA N.º 000-004-01-00008544

| Día | Mes  | Año  |
|-----|------|------|
| 29  | Mayo | 2023 |

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

Dirección: Tegucigalpa M.D.C.

Orden de Compra N.º

OC2023038020

R.T.N.: 08019003249605

| Cant. | Código | Descripción                          | P. Unitario | Total.     |
|-------|--------|--------------------------------------|-------------|------------|
| 134   | Unidad | Cinta impresora Epson Erc-38 Tmu 200 | L 36.00     | L 4,824.00 |



**REVISADO**

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

FOLIO: \_\_\_\_\_

E

Son: Cuatro Mil Ochocientos Veinticuatro Lempiras Exactos

ORDEN DE COMPRA EXENTA

REGISTRO S.A.G.

CONSTANCIA REGISTRO DE EXONERADO

OC2023038020

R2023000624



Recibí conforme:

|                     |   |   |          |
|---------------------|---|---|----------|
| SUB-TOTAL           | L | L | 4,824.00 |
| REBAJAS OTORGADAS   | L |   |          |
| SUB-TOTAL           | L |   |          |
| IMPORTE EXENTO      | L |   |          |
| IMPORTE GRAVADO 15% | L |   |          |
| IMPORTE GRAVADO 18% | L |   |          |
| TASA ALICUOTA 0%    | L |   |          |
| I.S.V. 15%          | L |   |          |
| I.S.V. 18%          | L |   |          |
| IMPORTE EXONERADO   | L |   | 4,824.00 |
| TOTAL A PAGAR       | L |   | 4,824.00 |

RANGO AUTORIZADO, DEL 000-004-01-00000001 AL 000-004-01-00009000 FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 04/08/2023 LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXCEPCIÓN.

000021

CALIDAD, EFICIENCIA Y BUEN SERVICIO



Escaneado con CamScanner



000039

**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**



**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

**DEPARTAMENTO DE COMPRAS**

**ORDEN DE COMPRA LOCAL**

HONDURAS

Fecha: **Comayagua, 09 de Junio de 2023** No. **0053-GGHE-2023**

Señor: **ORTOSHOP** Depto. **ORTOPEDIA**  
Solicitante:

Dirección: **Tegucigalpa M.D.C.** Solicitud No. **0085, 0090, 0287, 0303 y 0575**

Cuenta Contable **613 250 0200** Condiciones: **INMEDIATA**

Objeto del Gasto **39530**

| Item | Código de Producto | Cant. | Und | Descripción                                                                   | LEMPIRAS        |                      |
|------|--------------------|-------|-----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|
|      |                    |       |     |                                                                               | Precio Unitario | Total                |
| 1    | 2100003022         | 2     | PZA | PLACAS LC DCP 3.5MM LARGA MAYOR DE 14 ORIFICIOS                               | 2,298.00        | L. 4,596.00          |
| 2    | 2100001809         | 2     | PZA | FIJADORES EXTERNOS DE FEMUR                                                   | 8,000.00        | L. 16,000.00         |
| 3    | 2100002062         | 1     | PZA | PROTESIS TOTAL DE RODILLA IZQUIERDA                                           | 33,949.00       | L. 33,949.00         |
| 4    | 2100000854         | 1     | PZA | PROTESIS TOTAL DE RODILLA DERECHA                                             | 33,949.00       | L. 33,949.00         |
| 5    | 2100003211         | 2     | PZA | MINI PLACA RECTAS SISTEMA 2.0 DE 16 ORIFICIOS                                 | 3,150.00        | L. 6,300.00          |
| 6    | 2100003215         | 20    | PZA | TORNILLOS SISTEMA 2.0                                                         | 428.00          | L. 8,560.00          |
| 7    | 2100003217         | 6     | PZA | TORNILLOS IMF DE BLOQUEO SISTEMA 2.0                                          | 999.00          | L. 5,994.00          |
|      |                    |       |     | SE SOLICITA PARA USO EN:                                                      |                 |                      |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES: Henry David Fisher Avila Afil. No. 0822-2006-00123      |                 |                      |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES: Maylon Fernando Funes Lezcano Afil. No. 0801-1998-12880 |                 |                      |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE MUJERES: Vilma Rosa Moncada Gradiz Afil. No. 0701-1955-00016     |                 |                      |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE MUJERES: Cristina Rutilia Elvir Ponce Afil. No. 0801-1954-03668  |                 |                      |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE MUJERES: Yassmin Michelle Reyes Guiza Afil. No. 0801-2006-04031  |                 |                      |
|      |                    |       |     | **** ULTIMA LINEA ****                                                        |                 |                      |
|      |                    |       |     | <b>TOTAL</b>                                                                  |                 | <b>L. 109,348.00</b> |

INSTRUCCIONES: para la cancelación de esta orden, adjuntarse Original y Copia de la factura comercial y Recibo

CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

**DRA. INGRID URBINA**  
Gerente General H.E.  
Responsable Fondo Rotatorio

**I.H.S.S.**  
FONDO ROTATORIO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
**PAGADO**

000039

**CONTROL INTERNO**  
FECHA: **14/6/23**  
ANALISTA: **[Signature]**  
FOLIO:  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
IHSS FLEGA

3 Ave. 3 Calle,  
Tegucigalpa, Honduras, C.A.  
008, 2225-4087  
699  
L.com

**FACTURA**

**No. 000-001-01-00 007306**

CAI. 7D02B2-2211F9-6948A9-738B9A-035DC2-0D

Rango Autorizado: del 000-001-01-00007001 al 000-001-01-00007900  
Fecha Límite Emisión: 02/01/2024

RTN: 08019011407211

Fecha 12 de Junio de 2023

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS RTN: 08019003249605

| CANT. | DESCRIPCIÓN                       | VALOR UNIT. | TOTAL     |
|-------|-----------------------------------|-------------|-----------|
| 2     | Placas LCDCP 3.5 mm               | 2,298.00    | 4,596.00  |
| 2     | Fijadores externos de femur       | 8,000.00    | 16,000.00 |
| 1     | Protector de rodilla total        | 33,949.00   | 33,949.00 |
| 1     | Protector total de rodilla        | 33,949.00   | 33,949.00 |
| 2     | Mini placas rectas sistema 2.0 mm | 3,150.00    | 6,300.00  |
| 20    | Tornillos sistema 2.0 mm          | 428.00      | 8,560.00  |
| 6     | Tornillos IMF de bloqueo          | 999.00      | 5,994.00  |

No. Orden de Compra Exenta:

No. Constancia registro de exonerado:

No. Registro de la SAG:

Son L.: Ciento nueve mil trescientos sesenta y ocho  
Lempiras Exactos

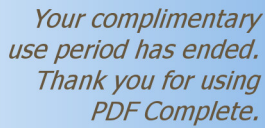
"La factura es beneficio de todos, exijala"

Original: Cliente

**OrtoShop**  
Honduras  
Distribuidor de Implantes Ortopedicos

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Importe Exento       | L. 109,348.00        |
| Importe Exonerado    | L.                   |
| Importe Gravado 15%  | L.                   |
| Descuento            | L.                   |
| Rebaja               | L.                   |
| ISV 15%              | L.                   |
| <b>TOTAL A PAGAR</b> | <b>L. 109,348.00</b> |





***Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features***



**IHSS**  
INTERNATIONAL HUMANITARIAN STUDIES SOCIETY

## ORDEN DE COMPRA LOCAL

|                  |       |
|------------------|-------|
| Objeto del Gasto | 39530 |
|------------------|-------|



**CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**

Responsable Fondo Rotatorio



090122

CONTROL INTERNO  
FECHA: 14/02/23  
ANALISTA: [Signature]  
FOLIO: [Blank]  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES



**PDF**  
Complete

Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features

Grupo Mey-Ko S.A.  
Col. Rubén Darío, detrás del Campo Scout  
Tegucigalpa M.D.C., Francisco Morazán, Honduras  
Teléfono: 000-2222-4444 / 2232-3544 / 9401-9699  
Correo electrónico: contabilidad@grupomeyko.hn  
Página web: www.meyko.com  
RTN: 08019002062818

Cliente:  
**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD  
SOCIAL (IHSS)**  
RTN: 08019000249605  
Dirección de entrega: Barrio la granja, Tegucigalpa M.D.C., Francisco  
Morazán, Honduras

**Factura 000-002-01-00015959**

Fecha: 12/06/2023  
Vendedor: Carlos García

CAI: 250405-9A61CE-5B4DA9-BE619B-052A81-E6  
Rango: 000-002-01-00015501 - 000-002-01-00017000  
Fecha límite: 30/03/2024

Documento Origen: S42439  
Internal Number: FCTG2/2023/00972  
Ex. Número de orden:  
Ex. Reg. Número de certificado:  
Número de registro del SAG:  
Tarjeta diplomática:

| Código               | Descripción                                                                                                    | Cantidad | Precio Unitario | Precio Desc. | Precio con desc. | Precio Total |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
| R06080C80            | INJERTO VASCULAR RECTO LifeSpan® ePTFE - LeMaltre® (Diámetro: 6 mm; Longitud: 80 cm; Soporte espiral: 80 cm) * | 1        | L 28,000.00     | L 5,600.00   | L 22,400.00      | L 22,400.00  |
| R06050               | INJERTO VASCULAR PARED NORMAL - 6 mm x 50 cm *                                                                 | 1        | L 22,400.00     | L 0.00       | L 22,400.00      | L 22,400.00  |
| ****ÚLTIMA LÍNEA**** |                                                                                                                |          |                 |              |                  |              |

Monto en letras: Cuarenta Y Cuatro Mil Ochocientos Lempiras \*\*\*

ORIGINAL: CLIENTE  
COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

PTE JUAN CARLOS VALLADARES SILVA AFIL 0801-1973-10738

PTE ARACELY DE JESUS LUPIAC TABORA 0615-1945-00103

Términos y condiciones: <https://www.meyko.com/termins>

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| Total Exonerado      | L 0.00             |
| Total Exento         | L 44,800.00        |
| Total Gravado al 15% | L 0.00             |
| Descuentos           | L 5,600.00         |
| ISV 15%              | L 0.00             |
| <b>Total</b>         | <b>L 44,800.00</b> |



La factura es un beneficio para todos. Exigalo  
Gracias por su preferencia

Página: 1/1

Impreso por: Carlos García  
Fecha de Impresión: 2023-06-12 08:49



Escaneado con CamScanner



[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

600400

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
DEPARTAMENTO DE COMPRAS  
ORDEN DE COMPRA LOCAL

Fecha: **Comayagua, 09 de Junio de 2023**

No. 0058-GGHE-2023

Señor: **SUPLIMEDIC**

Depto. **QUIROFANOS**  
Solicitante:

**Dirección: Tegucigalpa M.D.C.**

Solicitud No. 0758

|          |              |
|----------|--------------|
| Cuenta   |              |
| Contable | 613 250 0200 |

Condiciones: **INMEDIATA**

|                  |       |
|------------------|-------|
| Objeto del Gasto | 39530 |
|------------------|-------|

| Item | Código de Producto | Cant. | Und | Descripción                                 | LEMPIRAS        |              |
|------|--------------------|-------|-----|---------------------------------------------|-----------------|--------------|
|      |                    |       |     |                                             | Precio Unitario | Total        |
| 1    | 2100000345         | 40    | DOC | SUTURA POLIPROPILENO 1-0 AGUJA 1/2 CIR 26MM | 472.50          | L. 18,900.00 |
|      |                    |       |     | SE SOLICITA PARA USO EN:                    |                 |              |
|      |                    |       |     | SALA DE OPERACIONES                         |                 |              |
|      |                    |       |     | **** ULTIMA LINEA ****                      |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     |                                             |                 |              |
|      |                    |       |     | TOTAL                                       |                 | L. 18,900.00 |

INSTRUCCIONES: para la cancelacion de esta orden,adjuntese Original y Copia de la factura comercial y Recibo

**CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**

DRA. INGRID URBINA  
Gerente General H.E.  
Responsable Fondo Rotatorio



000180





**PDF**  
Complete

Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features



SUPLIDORA MEDICA S. DE R.L DE C.V.  
R.T.N. \*08019008185616  
Tegucigalpa, Honduras

Tel: (504) 22300137-22305581-22283386  
Correo: [knunez@suplimedic.com.co](mailto:knunez@suplimedic.com.co)  
C.A.I. 9CEFC-4D6DB4-3D4BBB-6ED909-FE02BD-02  
Rango Autorizado del 000-003-01-00021001 Al 000-003-01-00023500  
Fecha limite de Emision: 31-10-2023

**FACTURA**  
**000-003-01-00023353**

Fecha de factura 12/6/2023  
Factura Vence 12/7/2023  
Vendedor AMM  
Direccion Cliente

Tegucigalpa

|         |            |     |                 |
|---------|------------|-----|-----------------|
| Cliente | IHSS-TEGUS | RTN | *08019003249605 |
|---------|------------|-----|-----------------|

| ITEM | CANT | PREST  | PRECIO UNITARIO                             | DESC. Y REBAJAS | ISV | SUB-TOTAL | PRECIO FINAL |
|------|------|--------|---------------------------------------------|-----------------|-----|-----------|--------------|
| 1    | 40   | DOCENA | SUTURA POLIPROPILENO 1-0 AGUJA 1/2 CUR 26MM | 472.500         |     | 18,900.00 | 18,900.00    |
|      |      |        |                                             |                 |     |           | 18,900.00    |



**VALOR EN LETRAS**

DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS LEMPTRAS EXACTOS

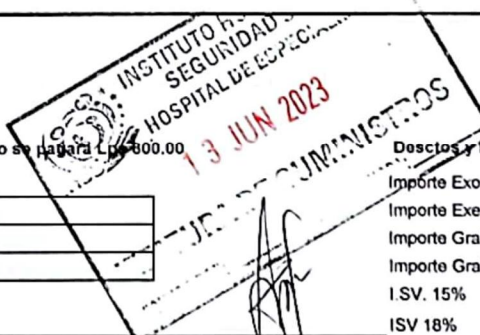
FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA

La Factura vencida pagara el 3% de interes y por cada cheque debuelto se pagara Lps 800.00

No. Correlativo de Orden de Compra exenta  
No. Correlativo de Constancia de Registro de exonerado  
No. Identificativo del registro de la SAG

Autorizado por:

ORIGINAL: CLIENTE



Revisada Por: Firma y Sello cliente

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

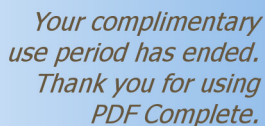
Descuentos y Rebajas otorg.

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Importe Exonerado    | 18,900.00        |
| Importe Exento       |                  |
| Importe Grabado 15%  |                  |
| Importe Grabado 18%  |                  |
| I.S.V. 15%           |                  |
| ISV 18%              |                  |
| <b>TOTAL A PAGAR</b> | <b>18,900.00</b> |

COPIA: CONTABILIDAD







**Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features**

000004



**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**

## HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

DEPARTAMENTO DE COMPRAS

## ORDEN DE COMPRA LOCAL

HONDURAS

**Fecha:** Comayaguela, 09 de Junio de 2023

No. **0057-GGHE-2023**

**Señor: DICOSA**

Depto. **CIRUGIA**  
Solicitante:

**Dirección: Tegucigalpa M.D.C.**

**Solicitud No. 0731**

|                 |              |
|-----------------|--------------|
| Cuenta Contable | 613 250 0200 |
|-----------------|--------------|

Condiciones: **INMEDIATA**

|                  |       |
|------------------|-------|
| Objeto del Gasto | 39530 |
|------------------|-------|

**INSTRUCCIONES:** para la cancelación de esta orden, adjuntese Original y Copia de la factura comercial y Recibo  
**CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**DRA. INGRID URBINA**  
Gerente General H.E.

**Responsable Fondo Rotatorio**



000004



# 1 en Material y Equipo Médico fundada en 1971

R.T.N. 08019002278310

000003

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL  
TEGUCIGALPA F.M.

RTN # 08019003249605

Factura No. 000-001-01-00179668

CAI:B5A520-9564FA-AA4ABB-C8627D-1F386F-45

ELABORADO: DEL 000-001-01-001-00175001 AL 000-001-01-00185000 FECHA LIMITE DE AUTORIZACION: 02/03/2024

O/C 0057-GGHE-2023

Fecha: 12 JUNIO DEL 2023

TODO FACTURA VENCIDA, PAGARA EL TIPO DE INTERES LEGAL, NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES, ESTA MERCADERIA SE DESPACHA  
POR CUENTA Y RIESGO DEL COMPRADOR

| POA       | CANTIDAD | UNID | DESCRIPCION                                                                                                                | PRECIO     | TOTAL        |
|-----------|----------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|
| 1         | 1        | UND  | ENGRAPADORA CIRCULAR CORTANTE N. 28MM<br>.....UL.....<br><br>SON: CATORCE MIL TRECIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS EXACTOS. | L14,337.00 | L 14,337.00  |
| SUB-TOTAL |          |      |                                                                                                                            |            | L 14,337.00  |
| ISV       |          |      |                                                                                                                            |            |              |
| TOTAL     |          |      |                                                                                                                            |            | L. 14,337.00 |



000003

Tegucigalpa (Casa Matriz)  
Calle Bustamante y Rivero, entre final de Ave. Los Próceres y  
Boulevard Morazán, 50 mts. Al este de Dromelinter,  
Edificio N° 4002, P.O Box 3307,  
Tegucigalpa, Honduras, Tel. (+504) 2221-1970 al 74,  
Fax: (+504) 2221-1968, E-mail: info@dicosa.net

(Sucursal) San Pedro Sula  
Distribuidora Comercial S.A.  
Boulevard del norte, colonia  
Colvisula, entre 15 y 16 calle Noroeste.  
San Pedro Sula, Tel. (+504) 2552-7072 al 75,  
Fax: (+504) 2550-1721  
E-mail: Infosps@dicosa.net

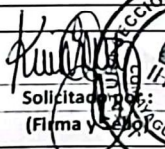
Tienda (San Pedro Sula)  
Barrio Suyapa, Centro Comercial  
Dallas, 4ta. Calle 16 ave. Local #1  
Tel. (+504) 2550-7072 al 75  
Cel. (+504) 3337-6048



|            |                                                                                                                                 |                                                                                     |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| F-DGFA-001 | <b>FORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)<br/>ORDEN DE COMPRA EXENTA<br/>OC2023029159</b> |  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

000021

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                              |                          |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                            |                                                                                                                                                              |                          |                   |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                 | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)                                                                                                               |                          |                   |
| RTN :                                                                                                                                   | 08019003249605                                                                                                                                               |                          |                   |
| Código SAG:                                                                                                                             |                                                                                                                                                              |                          |                   |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                               | EM2022000439                                                                                                                                                 | Fecha de Vencimiento:    | 2/7/2023          |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                | R2023000624                                                                                                                                                  |                          |                   |
| Estado de la OCE :                                                                                                                      | AUTORIZADA                                                                                                                                                   | Fecha de Aprobación OCE: | 27/4/2023         |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                            |                                                                                                                                                              |                          |                   |
| Proyecto :                                                                                                                              | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                                                                                                                            |                          |                   |
| Aduana :                                                                                                                                | N/A                                                                                                                                                          |                          |                   |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                      | 27/4/2023                                                                                                                                                    | Fecha de Vencimiento :   | 31/8/2023         |
| Tipo de Compra :                                                                                                                        | BIENES                                                                                                                                                       | Depósito Aduanero:       | N/A               |
| Tipo de Documento :                                                                                                                     | LOCAL                                                                                                                                                        | Documento de Compra:     | FACTURA           |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                              |                          |                   |
| RTN :                                                                                                                                   | 08019002278310                                                                                                                                               |                          |                   |
| Nombre:                                                                                                                                 | DISTRIBUIDORA COMERCIAL S A                                                                                                                                  |                          |                   |
| Observación:                                                                                                                            | COMPRA DE 1 PIEZA DE BATERIA DE ESPIROMETRO.-PARA USO EN BIOMEDICA.-<br>SEGUN FACTURA PROFORMA NO. 00532 CON FECHA 19 DE ABRIL DEL 2023.<br>RAIGMON MONCADA. |                          |                   |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                        |                                                                                                                                                              |                          |                   |
| Sírvese por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br>IMPUESTO SOBRE LA VENTA |                                                                                                                                                              |                          |                   |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |                          |                   |
| Descripción                                                                                                                             |                                                                                                                                                              |                          | Costo en Lempiras |
| 4100000318.-1 PIEZA DE BATERIA DE ESPIROMETRO.-CON PRECIO UNITARIO L.23,209.54                                                          |                                                                                                                                                              |                          | 23,209.54         |
| TOTAL:                                                                                                                                  |                                                                                                                                                              |                          | 23,209.54         |

|                                                                                                                            |                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                            |                                                                                                                          |
| <br>Solicitante por:<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por:<br>(Firma y Sello) |



Tel Merca  
 001198204089  
 05/05/23



000021



Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial

**RIBUIDORA COMERCIAL, S.A.**  
(DICOSA) 000020

R.T.N. 08019002278310

CAI: D2ED47-425E6F-A541A2-E390E6-0C7BF0-BC

TEGUCIGALPA FINAL BLVD. LOS PROCERES, EDIFICIO DICOSA N°.4002, TEL.: (504) 2221-1970 AL 74, FAX: (504) 2221-1968,  
SAN PEDRO SULA, BARRIO SUYAPA, 4 CALLE, 16 AVENIDA SUROESTE, TEL.: (504) 2550-7072 AL 75, FAX: (504) 2550  
-1721, CORREO: DICOSA11@DICOSA.NET

CLIENTE: 00405 I.H.S.S. TEGUCIGALPA (051)

RTN: 08019003249605

RESPONSABLE:

DIRECCION: TEGUCIGALPA M.D.C. BO ABAJO 2238-2933

ZONA: 19

AGENTE: 051

FECHA VENCE: 09/07/2023

FECHA FACTURA: 09/06/2023

| CODIGO PRODUCTO | CANTIDAD | UNIDAD | DESCRIPCION            | PRECIO      | ISV | DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS | TOTAL     |
|-----------------|----------|--------|------------------------|-------------|-----|--------------------------------|-----------|
| 374011          | 1        | PIEZA  | BATERIA DE ESPIROMETRO | 23,209.5400 | 5   | 0.00                           | 23,209.54 |

\*\*\*\*\*ULTIMA LINEA\*\*\*\*\*

ORDEN DE COMPRA  
EXENTA/CONSTANCIA  
EXONERADO/REGISTRO SAG

OC2023029159

SYS90014826



CAJERO: DIFACTI

Autorizado Por: Revisado Por:

Firma:

VEINTITRES MIL DOSCIENTOS NUEVE LEMPTRAS CON 54/100

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXÍJALA.

ORIGINAL-CLIENTE

COPIA-EMISOR

COPIA 2-EMISOR

DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS: 0.00  
IMPORTE GRAVADO 15%: 0.00  
IMPORTE GRAVADO 18%: 0.00  
IMPORTE EXENTO: 0.00  
IMPORTE EXONERADO: 23,209.54  
ISV 15%: 0.00  
ISV 18%: 0.00  
TOTAL: L.23,209.54  
T.C: 0 USD \$: 0.00

FECHA LIMITE EMISION: 26/12/2023

RANGOS AUTORIZADOS: 000-002-01-00014501 al 000-002-01-00014800

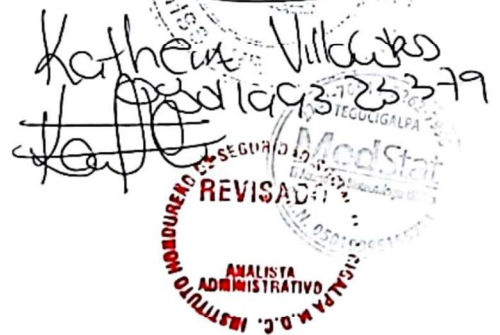
000020



|            |                                                                                                                                            |        |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| F-DGFA-001 | <b>PLATAFORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTA<br/>OC2023029424</b> | 000043 |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

|                                                                                                                                          |                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                             |                                                                                           |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                  | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)                                            |
| RTN :                                                                                                                                    | 08019003249605                                                                            |
| Código SAG:                                                                                                                              |                                                                                           |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                                | EM2022000439                                                                              |
| Fecha de Vencimiento:                                                                                                                    | 2/7/2023                                                                                  |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                 | R2023000624                                                                               |
| Estado de la OCE :                                                                                                                       | AUTORIZADA                                                                                |
| Fecha de Aprobación OCE:                                                                                                                 | 27/4/2023                                                                                 |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                             |                                                                                           |
| Proyecto :                                                                                                                               | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                                                         |
| Aduana :                                                                                                                                 | N/A                                                                                       |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                       | 27/4/2023                                                                                 |
| Fecha de Vencimiento :                                                                                                                   | 31/8/2023                                                                                 |
| Tipo de Compra :                                                                                                                         | BIENES                                                                                    |
| Depósito Aduanero:                                                                                                                       | N/A                                                                                       |
| Tipo de Documento :                                                                                                                      | LOCAL                                                                                     |
| Documento de Compra:                                                                                                                     | FACTURA                                                                                   |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                       |                                                                                           |
| RTN :                                                                                                                                    | 05019995155721                                                                            |
| Nombre:                                                                                                                                  | MEDSTAT                                                                                   |
| Observación:                                                                                                                             | PARA SER UTILIZADO EN EL PACIENTE YESSI LETICIA JIMENEZ RAMOS.<br><br>CHRISTOPHER MENDEZ. |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                         |                                                                                           |
| Sírvasse por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br>IMPUESTO SOBRE LA VENTA |                                                                                           |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                  |                                                                                           |
| Descripción                                                                                                                              | Costo en Lempiras                                                                         |
| 2100003211-. 01 PIEZA DE MINIPLACA RECTA SISTEMA 2.0                                                                                     | 2,671.28                                                                                  |
| 2100003215-. 10 PIEZAS DE TORNILLOS SISTEMA 2.00 PRECIO UNITARIO LPS. 542.61                                                             | 5,426.10                                                                                  |
| 2100003217-. 04 PIEZAS DE TORNILLO IMF DE BLOQUEO SISTEMA 2.0 PRECIO UNITARIO LPS. 465.81                                                | 1,863.24                                                                                  |
| <b>TOTAL:</b>                                                                                                                            | 9,960.62                                                                                  |

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                    |                                  |
| Solicitado por:<br>(Firma y Sello) | Aprobado por:<br>(Firma y Sello) |



Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial

El Acceso a la Biotecnología Médica

MEDSTAT, S.A  
RTN: 05019995155721

Bvd. Suyapa, Hotel Plaza Florencia, Local 3

Telefonos: 9505-0344 / 9669-4426

servicioalcliente@medstathn.com

Oficina Matriz:  
Barrio Rio de Piedras  
23 Avenida y 3 calles S.O # 22  
San Pedro Sula, Honduras

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social

Id Fiscal: 08019003249605

# FACTURA DE CLIENTE

Factura No: 002-001-01-00044747

Factura a Credito

Vendedor: Ever Manuel Campos  
Teléfono: 22228412  
Fecha doc: 09/06/2023  
Hora: 03:30:33 p.m.  
Fecha venc: 09/07/2023



| Número      | Descripción                                  | Cantidad | Precio unitario | Descuentos otorg. | Total    |
|-------------|----------------------------------------------|----------|-----------------|-------------------|----------|
| * MC03-IHSS | Pieza de mini placa recta sistema 2.0        | 1        | 2,671.28        |                   | 2,671.28 |
| * MC02-IHSS | Pieza de tornillo sistema 2.0                | 10       | 542.61          |                   | 5,426.10 |
| * MC01-IHSS | Pieza de tornillo IMF de bloqueo sistema 2.0 | 4        | 465.81          |                   | 1,863.24 |

Cant. Articulos: 15




No. Correlativo de orden de compra exenta :OC2023029424  
No. Correlativo de constancia de registro exonerado :R2023000624  
No. indetificado del Registro de la SAG:

Total en letras: Nueve Mil Novecientos Sesenta Lempiras Y 62 / 100

Transferencia:

Efectivo:

Tarjeta de crédito:

Cheques:



Paciente Yessi Leticia Jimenez Ramos.

|                      |    |          |
|----------------------|----|----------|
| SUBTOTAL             | L. | 9,960.62 |
| DESCUENTOS OTORGADOS | L. |          |
| SUBTOTAL             | L. | 9,960.62 |
| IMPORTE EXONERADO:   | L. | 9,960.62 |
| IMPORTE EXENTO:      | L. | 0.00     |
| IMPORTE GRAVADO 15 % | L. | 0.00     |
| IMPORTE GRAVADO 18 % | L. | 0.00     |
| EXE 0 %              | L. | 0.00     |
| ISV %                | L. | 0.00     |
| ISV 18 %             | L. |          |
| TOTAL A PAGAR        |    | 9,960.62 |

CAI:A14EFD-A23E02-4D48BE-7B3400-F9CFC3-F6

Rango de Autorizado: 002-001-01-000-44201 al 002-001-01-000-48200 Fecha Limite de Emision: 08/03/2024

ORIGINAL : CLIENTE / COPIA : CONTABILIDAD





HONDURAS

|                  |       |
|------------------|-------|
| Objeto del Gasto | 39530 |
|------------------|-------|


**CONTROL INTERNO**  
 FECHA: 14/4/23  
 ANALISTA: Juk  
 FOLIO \_\_\_\_\_  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**ISS YAGUAJAY**

**DLCSA**  
DISTRIBUIDORA COMERCIAL S.A.

# 1 en Material y Equipo Médico fundada en 1971

R.T.N. 08019002278310

000072



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL  
TEGUCIGALPA F.M.  
RTN # 08019003249605

Factura No. 000-001-01-00179667  
CAI: B5A520-9564FA-AA4ABB-C8627D-1F386F-45

ELABORADO: DEL 000-001-01-001-00175001 AL 000-001-01-00185000 FECHA LIMITE DE AUTORIZACION: 02/03/2024

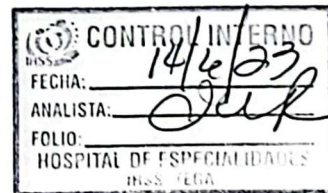
O/C 0056-GGHE-2023  
Fecha: 12 JUNIO DEL 2023

TODA FACTURA VENDIDA, PAGARA EL TIPO DE INTERES LEGAL, NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES, ESTA MERCADERIA SE DESPACHA  
POR CUENTA Y RIESGO DEL COMPRADOR.

| PDA                                                           | CANTIDAD | UNID | DESCRIPCION                                            | PRECIO     | TOTAL       |
|---------------------------------------------------------------|----------|------|--------------------------------------------------------|------------|-------------|
| 1                                                             | 1        | UND  | ENGRAPADORA CIRCULAR CORTANTE N. 28MM<br>.....:UL..... | L14,337.00 | L 14,337.00 |
| SON: CATORCE MIL TRECIENTOS TREINTA Y SIETE LEMPIRAS EXACTOS. |          |      |                                                        |            |             |
| SUB-TOTAL                                                     |          |      |                                                        |            | L 14,337.00 |
| ISV                                                           |          |      |                                                        |            |             |
| TOTAL                                                         |          |      |                                                        |            | L 14,337.00 |



000072



Tegucigalpa (Casa Matriz)  
Calle Bustamante y Rivero, entre final de Ave. Los Próceres y  
Boulevard Morazán, 50 mts. Al este de Dromelinter,  
Edificio N° 4002, P.O Box 3307,  
Tegucigalpa, Honduras, Tel. (+504) 2221-1970 al 74,  
Fax: (+504) 2221-1968, E-mail: info@dlcosa.net

(Sucursal) San Pedro Sula  
Distribuidora Comercial S.A.  
Boulevard del norte, colonia  
Colvisula, entre 15 y 16 calle Noroeste.  
San Pedro Sula, Tel. (+504) 2552-7072 al 75,  
Fax: (+504) 2550-1721  
E-mail: Infosps@dlcosa.net

Tienda (San Pedro Sula)  
Barrio Suyapa, Centro Comercial  
Dallas, 4ta. Calle 16 ave. Local #1  
Tel. (+504) 2550-7072 al 75  
Cel. (+504) 3337-6048



000069

**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE COMPRAS**  
**ORDEN DE COMPRA LOCAL**

|                        |                                       |                            |                       |
|------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| <b>Fecha:</b>          | <b>Comayagua, 09 de Junio de 2023</b> | <b>No.</b>                 | <b>0059-GGHE-2023</b> |
| <b>Señor:</b>          | <b>FARINTER</b>                       | <b>Depto. Solicitante:</b> | <b>CIRUGIA</b>        |
| <b>Dirección:</b>      | <b>Tegucigalpa M.D.C.</b>             | <b>Solicitud No.</b>       | <b>0705</b>           |
| <b>Cuenta Contable</b> | <b>613 250 0200</b>                   | <b>Condiciones:</b>        | <b>INMEDIATA</b>      |
|                        |                                       | <b>Objeto del Gasto</b>    | <b>39530</b>          |

| Item  | Código de Producto | Cant. | Und | Descripción                                        | LEMPIRAS |              |
|-------|--------------------|-------|-----|----------------------------------------------------|----------|--------------|
|       |                    |       |     |                                                    | 525      | Total        |
| 1     | 2100002449         | 2     | PZA | CARGAS AZULES DE 60MM                              | 6,189.39 | L. 12,378.78 |
|       |                    |       |     | SE SOLICITA PARA USO EN:                           |          |              |
|       |                    |       |     | CE. CIRUGIA: pte. Jacinta del Carmen Flores Pineda |          |              |
|       |                    |       |     | Afil No. 0703-1948-00514                           |          |              |
|       |                    |       |     | **** ULTIMA LINEA ****                             |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
|       |                    |       |     |                                                    |          |              |
| TOTAL |                    |       |     |                                                    |          | L. 12,378.78 |

**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**FONDO ROTATOR**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**PAGADO**

**INSTRUCCIONES:** para la cancelación de esta orden, adjúntese Original y Copia de la factura comercial y Recibo  
**CONSIGNESE:** INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

  
**DRA. INGRID URBINA**  
**Gerente General H.E.**  
**Responsable Fondo Rotatorio**

000069

**CONTROL INTERNO**  
**FECHA:** 14/06/23  
**ANALISTA:** [Signature]  
**FOLIO:**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**ISSS - TEGU**

**farinter**  
Farmacéutica Internacional S.A. de C.V.

000068

BARRIO: B9, LA GRANJA  
CALLE: AV. DE LA ROSA  
BLVD. DE LA ROSA  
MUNICIPIO: EDIFICIO FARINTER  
DEPARTAMENTO: FRANCISCO MORAZAN  
TEL: 2253-2178 3760-8351

BARRIO SANTA ROSA  
CALLE: AV. DE LA ROSA  
BLVD. DE LA ROSA  
MUNICIPIO: EDIFICIO FARINTER  
DEPARTAMENTO: FRANCISCO MORAZAN  
TEL: 2253-2178 3760-8351

FACTURA NO. 000-001-01-01607470 P. 1 de 1



NOMBRE DEL CLIENTE: INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD SOCIAL  
RESPONSABLE: DR. RICHARD ZABLAH  
DIRECCION: TEGUCIGALPA BARRIO ABAJO  
TELEFONO: 22374787 R.T.N. 08019003242474 CODIGO CLIENTE: 300006  
POBLACION: Distrito Central EMAIL:  
USUARIO SAP: VIBUSTILO HORA DE IMPRESION: 09:42:05

elagos@farinter.hn  
www.farinter.com  
ORIGINAL: CLIENTE  
R.T.N. 08019003242474

RUTA DE ENTREGA: 07 No. PEDIDO: 3085025  
FECHA DE FACTURA: 12.06.2023 ORDEN DE COMPRA:  
FECHA DE VENCIMIENTO: 12.07.2023 COND. DE PAGO: Crédito 30 días \*  
REFERENCIA SAP: 103602172 No. NOTA DE ENTREGA: 0401232282  
VENEDORES: 100 COBRADOR: 008 F.PAGO:  
CAL: 008992 82254E-DE4BBA-9658905-D3101F-17 FECHA LIMITE EMISION: 08/02/2024

| Unidad | Código   | Descripción                                                      | Código Barra | Precio Público | Precio Unitario | Descuentos y Rebajas | Descuento | ISV | ND* | Importe   |
|--------|----------|------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|-----------------|----------------------|-----------|-----|-----|-----------|
| 2 UNI  | 10002522 | ENDO GA II 60.3.5 AZUL<br>ES IGUAL A :<br>CARGAS AZULES DE 60 MM |              | 0.00           | 6,189.39        | 0.00                 | 0.0       | 0.0 |     | 12,378.78 |



\*\*\*\* YA CONTAMOS CON LA NUEVA LINEA DE JARABE BRONCOMED EN SUS CINCO PRESENTACIONES, PARA EL RAPIDO ALIVIO DE LA TOS Y GARGANTA IRRITADA\*\*\*\*

Acciones: - OC 0059-GCHE-2023, LA GRANJA.

| Importe   | Valor        | Valor Gravable | Sub Total | Descuentos y Rebajas | Descuento | ISV     | Total a Pagar |
|-----------|--------------|----------------|-----------|----------------------|-----------|---------|---------------|
| Exonerado | Exento       | 15 %           | 18 %      |                      |           |         |               |
| L. 0.00   | L. 12,378.78 | L. 0.00        | L. 0.00   | L. 12,378.78         | L. 0.00   | L. 0.00 | L. 12,378.78  |

Y Sello de responsable Fecha de Recibo  
INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD Debo y Pagué a FARINTER, S.A.  
Unidad arriba indicada, el 12.07.2023 En caso de mora, reconoceré 4.00 % de Interés mensual \* No devolutivo  
Efectos del presente, hijo mi domicilio en la ciudad TEGUCIGALPA, a cuyos tribunales me someto en té de lo cual firmo.  
AUTORIZADO: 000001-01-0123-21 M 000-001-01-01712003 OIC Exenta:  
al Cliente / Copia Obligatoria de Copia Archivo Constancia Reg. Exonerado CD:  
Firma y Beneficio de todos EXITIALAI Reg. SAG:

REVISO DESPACHO ENTREGADO AUTORIZADO

DOCE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO LEMPTRAS CON SETENTA Y OCHO CTVS.  
SI SU PAGO EN CHEQUE ES DEVUELTO POR EL BANCO, EL DESCUENTO CONCEDIDO MAS LOS GASTOS QUE ORIGINE, SERAN CARGADOS A SU CUENTA

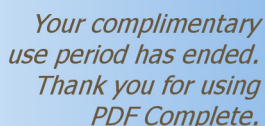


Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

Scaneado con CamScanner





[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

000098



**HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE COMPRAS**  
**ORDEN DE COMPRA LOCAL**

No. 0055-GGME-2023

Depto. **CIRUGIA**  
Solicitante:

**Solicitud No. 0697**

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Condiciones:     | <b>INMEDIATA</b> |
| Objeto del Gasto | <b>39530</b>     |

|   | Código de Producto | Cant. | Und | Descripción                                    | LEMPIRAS        |              |
|---|--------------------|-------|-----|------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|   |                    |       |     |                                                | Precio Unitario | Total        |
| 1 | 2700000188         | 2     | PZA | DISECTOR LAPARASCOPICO DE 5MM                  | 3,539.83        | L. 7,079.66  |
| 2 | 2700000186         | 2     | PZA | TIJERAS CURVA LAPAROSCOPICA DE 5MM             | 2,590.06        | 5,180.12     |
| 3 | 2700000187         | 4     | PZA | PINZA DE AGARRE LAPARASCOPICO (GRASPER) DE 5MM | 3,198.55        | 12,794.20    |
|   |                    |       |     | SE SOLICITA PARA USO EN:                       |                 |              |
|   |                    |       |     | GERENCIA DE CIRUGIA                            |                 |              |
|   |                    |       |     | **** ULTIMA LINEA ****                         |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     |                                                |                 |              |
|   |                    |       |     | TOTAL                                          |                 | L. 25,053.98 |

**CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**

  
DRA. INGRID URBINA  
Gerente General H.E.  
Responsable Fondo Rotatorio

000098


**CONTROL INTERNO**  
 FECHA: 14/4/23  
 ANALISTA: Ortiz  
 FOLIO: \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
 DISC. LEGA







# INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

## HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

### DEPARTAMENTO DE COMPRAS

### ORDEN DE COMPRA LOCAL



Fecha: **Comayaguela, 13 de Junio de 2023**

No. **0061-GGHE-2023**

Señor: **ORTOSHOP**

Depto. Solicitante: **ORTOPEDIA**

Dirección: **Tegucigalpa M.D.C.**

Solicitud No. **0107, 0113, 0116, 0122, 0190, 0199, 0242, 0299 y 0441**

Cuenta Contable **613 250 0100**

Condiciones: **INMEDIATO**  
Objeto del Gasto **39530**

| Ítem | Código de Producto | Cant. | Und   | Descripción                                                                           | LEMPIRAS        |                      |
|------|--------------------|-------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|
|      |                    |       |       |                                                                                       | Precio Unitario | Total                |
| 1    | 2100000863         | 6     | PZA   | TORNILLOS CANULADOS DE 7MM                                                            | 1,699.00        | L. 10,194.00         |
| 2    | 2100003022         | 1     | PZA   | PLACA LC DCP 3.5MM LARGA MAYOR DE 14 ORIFICIOS                                        | 2,298.00        | L. 2,298.00          |
| 3    | 2100002495         | 1     | PZA   | PLACA PERIARTICULAR DISTAL DE FEMUR                                                   | 7,200.00        | L. 7,200.00          |
| 4    | 2100002594         | 1     | ROLLO | ALAMBRE DE 2.0MM                                                                      | 600.00          | L. 600.00            |
| 5    | 2100000854         | 1     | PZA   | PROTESIS TOTAL DE RODILLA DERECHA                                                     | 33,949.00       | L. 33,949.00         |
| 6    | 2100002453         | 1     | PZA   | PROTESIS TOTAL DE CADERA DERECHA                                                      | 37,950.00       | L. 37,950.00         |
| 7    | 2100002062         | 1     | PZA   | PROTESIS TOTAL DE RODILLA IZQUIERDA                                                   | 33,949.00       | L. 33,949.00         |
|      |                    |       |       | SE SOLICITA PARA USO EN:                                                              |                 |                      |
|      |                    |       |       | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Miguel Angel Hernandez Amador Afil No. 0801-1996-20850      |                 |                      |
|      |                    |       |       | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Sadi Jose Berrios Bueso Afil No. 0801-2010-23404            |                 |                      |
|      |                    |       |       | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Alix Uriel Sierra Lopez Afil No. 0606-1984-01368            |                 |                      |
|      |                    |       |       | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Manuel Antonio Banegas Ochoa Afil No. 0701-1963-00219       |                 |                      |
|      |                    |       |       | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Delmer Martinez Mendoza Afil No. 1215-1975-00211            |                 |                      |
|      |                    |       |       | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Oscar Emilio Marcia Bonilla Afil No. 1207-1991-00047        |                 |                      |
|      |                    |       |       | ORTOPEDIA DE MUJERES:pte. Ondina Reyes Afil No. 0319-1950-00031                       |                 |                      |
|      |                    |       |       | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Jorge Tarquino Santos Barahona Afil No. 0801-1957-02978     |                 |                      |
|      |                    |       |       | ORTOPEDIA DE MUJERES:pte. Ilda del Carmen Velasquez Oseguera Afil No. 0810-1958-00070 |                 |                      |
|      |                    |       |       | **** ULTIMA LINEA ****                                                                |                 |                      |
|      |                    |       |       | <b>TOTAL</b>                                                                          |                 | <b>L. 126,140.00</b> |

INSTRUCCIONES: para la cancelacion de esta orden,adjuntese Original y Copia de la factura comercial y Recibo  
CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DRA. INGRID URBINA  
Gerente General H.E.

Responsable Fondo Rotatorio



000110



Ortopedic Shop S. de R.L. de C.V.

Ortopedic Shop S. de R.L. de C.V.  
RTN: 08019011407211

Carretera a la Amajá, 3 Ave. 3 Calle,  
C. P.M., Honduras, C.A.  
225-1008, 2225-4087  
988-6699

**FACTURA**

**No. 000-001-01-00 007313**

CAI. 7D02B2-2211F9-6948A9-738B9A-035DC2-0D

Rango Autorizado: del 000-001-01-00007001 al 000-001-01-00007900

Fecha Límite Emisión: 02/01/2024

Fecha 13 de Junio de 2023

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS

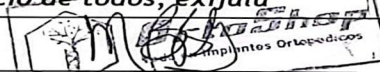
RTN: 08019003249605

| CANT.                                                        | DESCRIPCIÓN                         | VALOR UNIT.          | TOTAL                |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 6                                                            | Tornillos canulados 7.3 mm          | 1,699.00             | 10,194.00            |
| 1                                                            | Placa DCP 3.5 mm                    | 2,298.00             | 2,298.00             |
| 1                                                            | Placa periarticular distal de femur | 7,200.00             | 7,200.00             |
| 1                                                            | Ala de alambre 2.0 mm               | 600.00               | 600.00               |
| 1                                                            | Protésis total de rodilla           | 33,949.00            | 33,949.00            |
| 1                                                            | Protésis total de cadera            | 37,950.00            | 37,950.00            |
| 1                                                            | Protésis total de rodilla           | 33,949.00            | 33,949.00            |
| No. Orden de Compra Exenta:                                  |                                     | Importe Exento       | L. 126,140.00        |
| No. Constancia registro de exonerado:                        |                                     | Importe Exonerado    | L.                   |
| No. Registro de la SAG:                                      |                                     | Importe Gravado 15%  | L.                   |
| Son L.: <u>ciento veintiseis mil ciento cuarenta y cinco</u> |                                     | Descuento            | L.                   |
|                                                              |                                     | Rebaja               | L.                   |
|                                                              |                                     | ISV 15%              | L.                   |
|                                                              |                                     | <b>TOTAL A PAGAR</b> | <b>L. 126,140.00</b> |

"La factura es beneficio de todos, exijala"

Original: Cliente

Copia 1: Obligado Tributario Emisor





000235



**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE COMPRAS**  
**ORDEN DE COMPRA LOCAL**

Fecha: **Comayagua, 15 de Junio de 2023**

No. **0064-GGHE-2023**

Señor: **ORTOSHOP**

Depto. **ORTOPEDIA**  
Solicitante:

Direccion: **Tegucigalpa M.D.C.**

**0247, 0250, 0255, 0256, 259,**  
Solicitud No. **0274, 0285, 0286, 0288 y**  
**0312**

Cuenta  
Contable **613 250 0200**

Condiciones: **INMEDIATO**

Objeto del  
Gasto **39530**

| Item | Código de Producto | Cant. | Und | Descripción                                                                            | LEMPIRAS        |                     |
|------|--------------------|-------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
|      |                    |       |     |                                                                                        | Precio Unitario | Total               |
| 1    | 2100000863         | 18    | PZA | TORNILLOS CANULADOS                                                                    | 1,699.00        | L. 30,582.00        |
| 2    | 2100002062         | 1     | PZA | PROTESIS TOTAL DE RODILLA IZQUIERDA                                                    | 33,949.00       | L. 33,949.00        |
|      |                    |       |     | SE SOLICITA PARA USO EN:                                                               |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE MUJERES:pte. Mia Valentina Velasquez Hernandez Afil No. 0805-2014-00066   |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Oscar Jared Fajardo Valerio Afil No. 0801-2014-21141         |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Hector Daniel Lopez Mejia Afil No. 0801-2008-09461           |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Angel Gabriel Arita Zavala Afil No. 0801-2016-03592          |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Angel Josue Lopez Gonzalez Afil No. 0801-2010-22821          |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. David Alessandro Hernandez Alvarado Afil No. 0801-2016-11300 |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE MUJERES:pte. Marcela Abigail Barahona Fonseca Afil No. 0801-2010-13270    |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Santiago Andre Zuniga Henriquez Afil No. 0801-2013-16615     |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE MUJERES:pte. Hilda Esmeralda Rodriguez Caballero Afil No. 0601-1969-01515 |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Eduardo Osorto Ordoñez Afil No. 0601-1989-03076              |                 |                     |
|      |                    |       |     | **** ULTIMA LINEA ****                                                                 |                 |                     |
|      |                    |       |     | <b>TOTAL</b>                                                                           |                 | <b>L. 64,531.00</b> |

INSTRUCCIONES: para la cancelacion de esta orden,adjuntese Original y Copia de la factura comercial y Recibo  
CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DRA. INGRID URBINA  
Gerente General H.E.

Responsable Fondo Rotatorio

000235



**Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features**

ve. 3 Calle,  
Tonduras, C.A.  
, 2225-4087  
)

## FACTURA

No. 000-001-01-00 007318

CAI. 7D02B2-2211F9-6948A9-738B9A-035DC2-0D

Rango Autorizado: del 000-001-01-00007001 al 000-001-01-00007900  
Fecha Límite Emisión: 02/01/2024

**Toll RTN: 08019011407211**

Fecha 15 de Junio de 2023

Fecha: 12 de Julio de 2011  
 Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social I.H.S.S. RTH: 08019003249605

| CANT.                                                                                           | DESCRIPCION                         | VALOR UNIT.         | TOTAL        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------|
| 18                                                                                              | Tornillos laminados                 | 1,699.00            | 30,582.00    |
| 1                                                                                               | Válvulas total de rodilla izquierda | 33,949.00           | 33,949.00    |
|                                                                                                 |                                     |                     |              |
|                                                                                                 |                                     |                     |              |
|                                                                                                 |                                     |                     |              |
|                                                                                                 |                                     |                     |              |
| No. Orden de Compra Exento:                                                                     |                                     | Importe Exento      | L. 64,531.00 |
| No. Constancia registro de exonerado:                                                           |                                     | Importe Exoner.do   | L.           |
| No. Registro de la SAGS:                                                                        |                                     | Importe Gravado 15% | L.           |
| Son L.: Sesenta y Cuatro mil quinientos treinta y<br>cinco con sesenta y cinco céntimos exactos |                                     | Descuento           | L.           |
|                                                                                                 |                                     | Rebaja              | L.           |
|                                                                                                 |                                     | ISV 15%             | L.           |
| "La factura es beneficio de todos, exíjala!"                                                    |                                     | TOTAL A PAGAR       | L. 64,531.00 |

**Original: Cliente**

2. *Chloro-*T. tuberosa* Emmer*

**Home-to-Shop**  
en Implantes Ortopédicos



***Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features***

0 0 0 3 7 0

**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**



**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE COMPRAS**  
**ORDEN DE COMPRA LOCAL**

**Fecha:** Comayaguela, 13 de Junio de 2023

No. 0062-GGHE-2023

Señor: **AGENCIA MATAMOROS**

Depto. **CIRUGIA**  
Solicitante:

**Dirección: Tegucigalpa M.D.C.**

**Solicitud No. 0542**

|          |              |
|----------|--------------|
| Cuenta   |              |
| Contable | 613 250 0200 |

**Condiciones: INMEDIATO**

|            |       |
|------------|-------|
| Objeto del |       |
| Gasto      | 39530 |

| Item | Código de Producto | Cant. | Und | Descripción                                                                | LEMPIRAS        |             |
|------|--------------------|-------|-----|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|
|      |                    |       |     |                                                                            | Precio Unitario | Total       |
| 1    | 2100001998         | 1     | PZA | CATETER RESERVORIO CELSITE DE 8.5 FRENCH BRAUN                             | 8,000.00        | L. 8,000.00 |
|      |                    |       |     | SE SOLICITA PARA USO EN:                                                   |                 |             |
|      |                    |       |     | CIRUGIA DE MUJERES:pte. Cindy Nohely Oyuela Rojas Afil No. 0703-1991-01007 |                 |             |
|      |                    |       |     | **** ULTIMA LINEA ****                                                     |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     |                                                                            |                 |             |
|      |                    |       |     | <b>TOTAL</b>                                                               |                 | L. 8,000.00 |

**INSTRUCCIONES** para la cancelación de esta orden, adjuntese Original y Copia de la factura comercial y Recibo  
**CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**DRA. INGRID URBINA**  
**Gerente General H.E.**  
**Responsable Fondo Rotatorio**

000370


**CONTROLO INTERNO**  
 FECHA 16/6/23  
 ANALISTA CCF  
 FOLIO \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
 BUENOS AIRES



Oficina Principal  
Sector Calpules, Carretera Al Aeropuerto,  
San Pedro Sula, Cortes, Honduras, C.A.  
Tel.: +5042559-9041,2559-9725.

AGENCIA MATAMOROS, S. DE R.L.

000369

R.T.N. 05019002064370

Sucursal SPS  
2 Calle, 10-11 Av. S.O. No.75,  
Bo. El Benque, San Pedro Sula, Honduras, C.A.  
Tel.: +504 2552-3329,2553-3720

Sucursal Tegucigalpa  
Col. Florencia Norte, 3 Av, 2-4 Cll, No.2233,  
Tegucigalpa M.D.C., Honduras, C.A.  
Tel.: +504 2232-2067,2239-1829

contabilidad@agenciamatamoros.com

Cliente: Hospital De Especialidades Ihss

Dirección: Tegucigalpa, D.C.

RTN: 08019003249605

Cod Cliente: 200125 Hora: 10:36:15.684975

Condición: 30 Días Vence: 15-07-2023

Orden de Cliente:

Vendedor: TGU

Factura No.: 004-001-01-00082298

Fecha: 15-06-2023

CAI: 04F9E8-C453E3-574A80-E4CCEA-AD8ACE-2E

De: 004-001-01-00076751 A 004-001-01-00082750

Fecha límite emisión: 09-12-2023

No. O/C Exenta:

No. CONSTANCIA REG. EXONERACION:

No. REG. SAG:

| Nro | Producto   | Descripción                            | Cantidad  | Precio Lista | Desc % | ISV | SubTotal   |
|-----|------------|----------------------------------------|-----------|--------------|--------|-----|------------|
| 1   | 01-4430425 | Celsite Titenport Puerto Intrav Fr 8.5 | Und(es) 1 | L 8,000.00   | 0.0%   | Exe | L 8,000.00 |

Valor en letras: Ocho mil lempiras con cero centavos.

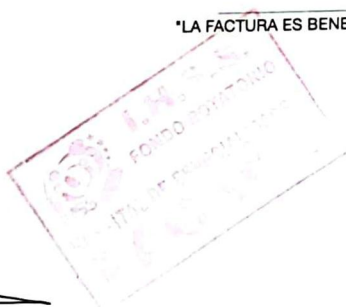
Por Cada Cheque Devuelto Se Cobrara L.400.00

Subtotal: L 8,000.00  
Descuentos/Rebajas: L 0.00  
Importe Exento: L 8,000.00  
Importe Exonerado: L 0.00  
Impuesto Gravado 15%: L 0.00  
Impuestos Venta 15%: L 0.00  
Total: L 8,000.00

Firma Cliente



\*LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, ¡EXJALA!



000369





000003



# INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

## HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

### DEPARTAMENTO DE COMPRAS

### ORDEN DE COMPRA LOCAL



Fecha: **Comayaguela, 13 de Junio de 2023**

No. **0060-GGHE-2023**

Señor: **ORTOSHOP**

Depto. **ORTOPEDIA**  
Solicitante:

Dirección: **Tegucigalpa M.D.C.**

Solicitud No. **0100, 0103, 0108, 0110, 0121, 0127, 0300 y 0826**

Cuenta Contable **613 250 0200**

Condiciones: **INMEDIATA**

Objeto del Gasto **39530**

|   | Código de Producto | Cant. | Und | Descripción                                                                       | LEMPIRAS        |                     |
|---|--------------------|-------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
|   |                    |       |     |                                                                                   | Precio Unitario | Total               |
| 1 | 2100000817         | 1     | PZA | CLAVO BLOQUEADO DE FEMUR                                                          | 7,450.00        | L. 7,450.00         |
| 2 | 2100000837         | 2     | PZA | PLACA VOLAR DE T PARA MUÑECA LARGA MAYOR DE 14 ORIFICIOS                          | 2,298.00        | L. 4,596.00         |
| 3 | 2100000833         | 1     | PZA | PLACA 1/3 CAÑA ACERO 3.5MM LARGA MAYOR DE 12 ORIFICIOS                            | 2,298.00        | L. 2,298.00         |
| 4 | 2100000845         | 1     | PZA | PLACA PERIARTICULAR PROXIMAL DE TIBIA LARGA MAYOR DE 14 ORIFICIOS                 | 7,200.00        | L. 7,200.00         |
| 5 | 2100000842         | 1     | PZA | PLACA PERIARTICULAR PROXIMAL DE FEMUR LARGA MAYOR DE 14 ORIFICIOS                 | 7,200.00        | L. 7,200.00         |
| 6 | 2100002334         | 1     | PZA | PLACA PERIARTICULAR PROXIMAL LATERAL DE TIBIA LARGA MAYOR DE 14 ORIFICIOS         | 7,200.00        | L. 7,200.00         |
| 7 | 2100003019         | 1     | PZA | SISTEMA FEMORAL DE CLAVO EXPERTO                                                  | 12,000.00       | L. 12,000.00        |
| 8 | 2100002453         | 1     | PZA | PROTESIS TOTAL DE CADERA DERECHA                                                  | 37,950.00       | L. 37,950.00        |
|   |                    |       |     | SE SOLICITA PARA USO EN:                                                          |                 |                     |
|   |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Ronal Ignacio Ordoñez Varela Afil No. 0801-1996-10925   |                 |                     |
|   |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Wilson Norberto Salgado Castro Afil No. 0826-1991-00093 |                 |                     |
|   |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Elvin Josue Banegas Alvarez Afil No. 0801-1998-21712    |                 |                     |
|   |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Brayan Jassir Ortiz Rodriguez Afil No. 0801-1995-04548  |                 |                     |
|   |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Edwar Johan Zuniga Rodriguez Afil No. 0810-1997-00162   |                 |                     |
|   |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Miguel Angel Cruz Gutierrez Afil No. 0801-1989-19636    |                 |                     |
|   |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Dolmo Magin Cruz Zuniga Afil No. 0816-1987-00543        |                 |                     |
|   |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Kevin Eduardo Valerio Centeno Afil No. 0801-1993-01066  |                 |                     |
|   |                    |       |     | **** ULTIMA LINEA ****                                                            |                 |                     |
|   |                    |       |     | <b>TOTAL</b>                                                                      |                 | <b>L. 85,894.00</b> |

INSTRUCCIONES: para la cancelacion de esta orden,adjuntese Original y Copia de la factura comercial y Recibo

CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

**DRA. INGRID URBINA**  
Gerente General H.E.  
Responsable Fondo Rotatorio

000003



**OrtoShop**  
Todo en Implantes Ortopédicos

Ortopedic Shop S. de R.L. de C.V.

Barrio La Granja, 3 Ave. 3 Calle,  
Comayagüela, F.M., Honduras, C.A.  
Tel.: (504) 2225-1008, 2225-4087  
Cel.: (504) 9688-6699  
ortoshopn@gmail.com  
RTN: 080190114072

**FACTURA**

**No. 000-001-01-00 007312**

CAI. 7D02B2-2211F9-6948A9-738B9A-035DC2-0D

Rango Autorizado: del 000-001-01-00007001 al 000-001-01-00007900

Fecha Límite Emisión: 02/01/2024

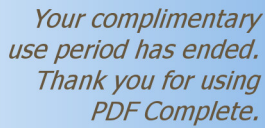
Fecha 13 de Junio de 2023

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS RTN: 08019003249605

| CANT.                                                                | DESCRIPCIÓN                                   | VALOR UNIT.          | TOTAL               |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------|---------------------|
| 1                                                                    | Clavo bloqueado de fémur                      | 7,450.00             | 7,450.00            |
| 2                                                                    | placas volar en T                             | 2,298.00             | 4,596.00            |
| 1                                                                    | Placa 1/3 cana                                | 2,298.00             | 2,298.00            |
| 1                                                                    | Placa periarticular proximal de tibia         | 7,200.00             | 7,200.00            |
| 1                                                                    | Placa periarticular proximal de fémur         | 7,200.00             | 7,200.00            |
| 1                                                                    | Placa periarticular proximal lateral de tibia | 7,200.00             | 7,200.00            |
| 1                                                                    | clavo sistema femoral compuesto EFN           | 12,000.00            | 12,000.00           |
| 1                                                                    | Protesis total de cadera                      | 37,950.00            | 37,950.00           |
| No. Orden de Compra Exenta:                                          |                                               | Importe Exento       | L. 85,894.00        |
| No. Constancia registro de exonerado:                                |                                               | Importe Exonerado    | L.                  |
| No. Registro de la SAG:                                              |                                               | Importe Gravado 15%  | L.                  |
| Son L.: <u>Ochenta y Cinco mil Ochenta y Cuatro hempiros Exactos</u> |                                               | Descuento            | L.                  |
|                                                                      |                                               | Rebaja               | L.                  |
|                                                                      |                                               | ISV 15%              | L.                  |
|                                                                      |                                               | <b>TOTAL A PAGAR</b> | <b>L. 85,894.00</b> |

Original: Cliente





***Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features***

000105



## ORDEN DE COMPRA LOCAL



|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Condiciones:     | <b>INMEDIATA</b> |
| Objeto del Gasto | <b>39530</b>     |

**INSTRUCCIONES:** para la cancelacion de esta orden,adjuntese Original y Copia de la factura comercial y Recibo  
**CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**DRA. INGRID URBINA**  
Gerente General H.E.  
Responsable Fondo Rotatorio

000101

farinter

Farmacéutica Internacional S.A. de C.V.

BARRIO: BO. LA GRANJA  
CALLE: ATRAS DE TOYOTA CASA No: 365  
BLOQUE: EDIFICIO FARINTER  
MUNICIPIO: DISTRITO CENTRAL  
DEPARTAMENTO: SAN PEDRO SULA  
TEL: 2225-2718 9760-9351

BARRIO SANTA ROSA  
788 CALLE SE  
II ANILLO DE CIRCUNVALACION  
CALLE: 2533-2539  
TEL: 2225-2718 9760-9351  
SAN PEDRO SULA, HONDURAS C.A.

FACTURA No.  
000-001-01-01608778 P. 1 de 1



|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CLIENTE: INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD SOCIAL        |
| RESPONSABLE: DR. RICHARD ZARILAH                                |
| DIRECCION: TEGUCIGALPA BARRIO ABAJO                             |
| TELEFONO: 22374787 R.T.N. 08019003249605 CODIGO CLIENTE: 300006 |
| POBLACION: Distrito Central E-MAIL:                             |
| USUARIO S.A.P.: VLBUSTILLO HORA DE IMPRESION: 10:17:16          |

elagos@farinter.hn  
www.farinter.com  
ORIGINAL: CLIENTE  
R.T.N. 08019003242474

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| RUTA DE ENTREGA: 07              | No. PEDIDO: 3089278              |
| FECHA DE FACTURA: 15.06.2023     | ORDEN DE COMPRA:                 |
| FECHA DE VENCIMIENTO: 15.07.2023 | COND. DE PAGO: Credito 30 dias * |
| REFERENCIA S.A.P.: 103603478     | No. NOTA DE ENTREGA: 0401233341  |
| VENEDORES: 100                   | COBRADOR: 008                    |
| FECHA LIMITE EMISION: 08/02/2024 | F-PAGO:                          |

| Unidad                                    | Código   | Descripción                    | Código Barra | Precio Público | Precio Unitario | Descuento y Rebajas | Descuento y Rebajas | ISV | ND | Importe   |
|-------------------------------------------|----------|--------------------------------|--------------|----------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----|----|-----------|
| 1 UNI                                     | 10013487 | LIGASURE BLUNTIP LS10 (LF1637) |              | 0.00           | 22,841.73       | 0.00                | 0.0                 | 0.0 |    | 22,841.73 |
| ES IGUAL A: LIGASURE LAPARASCOPICO DE 5MM |          |                                |              |                |                 |                     |                     |     |    |           |



\*\*\* YA CONTAMOS CON LA NUEVA LINEA DE JARABE BRONCOMED EN SUS CINCO PRESENTACIONES, PARA EL RAPIDO ALIVIO DE LA TOS Y GARGANTA IRRITADA\*\*\*

Comes: - OC 0063-GHE-2023, LA GRANJA.

mercadería completa y en buenas condiciones.  
id de unidades = 1 UNII

| Importe | Valor        | Valor Gravable | Su0 Total | Descuentos y Rebajas | Descuento y Rebajas | ISV     | Total a Pagar |
|---------|--------------|----------------|-----------|----------------------|---------------------|---------|---------------|
| L. 0.00 | L. 22,841.73 | L. 0.00        | L. 0.00   | L. 22,841.73         | L. 0.00             | L. 0.00 | L. 22,841.73  |

Seño de responsable Fecha de Recibido INSTITUTO HONDUREÑO SEGURIDAD Debo y Pagaré a FARINTER, S.A.

dad arriba indicada, el 15.07.2023 En caso de mora, reconoceré 4.00 % de interés mensual  
ctos del presente, fijo mi domicilio en la ciudad TEGUCIGALPA, a cuyos tribunales me someto en fé de lo cual firmo.

UTORIZADO: 000-001-01-01580001 # 000-001-01-01712000 O/C Exenta:

Cliente / Copia Obligado Tribuário Emplero Archivo Constancia Reg. Exonerado/CD:  
una es beneficiario de todos EXTRA! Reg. SAG:

LIT. JORGE A. BLASQUEZ  
JEFE SUMINISTROS HGE  
anexo con CamScanner

REVISO DESPACHO ENTREGADO 11:45 AUTORIZADO

VENTIDOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN LEMPTRAS CON SETENTA Y TRES CTVS.

SI SU PAGO EN CHEQUE ES DEVUELTO POR EL BANCO, EL DESCUENTO CONCEDIDO MAS  
LOS GASTOS QUE ORIGINE, SERAN CARGADOS A SU CUENTA



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features



|            |                                                                                                                                                       |                                                                                     |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| F-DGFA-001 | <b>PLATAFORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTA</b><br><b>OC202304634000129</b> |  |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                         |                                                |                          |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                            |                                                |                          |                   |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                 | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) |                          |                   |
| RTN :                                                                                                                                   | 08019003249605                                 |                          |                   |
| Código SAG:                                                                                                                             |                                                |                          |                   |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                               | EM2022000439                                   | Fecha de Vencimiento:    | 2/7/2023          |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                | R2023000624                                    |                          |                   |
| Estado de la OCE :                                                                                                                      | AUTORIZADA                                     | Fecha de Aprobación OCE: | 15/6/2023         |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                            |                                                |                          |                   |
| Proyecto :                                                                                                                              | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD              |                          |                   |
| Aduana :                                                                                                                                | N/A                                            |                          |                   |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                      | 15/6/2023                                      | Fecha de Vencimiento :   | 19/10/2023        |
| Tipo de Compra :                                                                                                                        | BIENES                                         | Depósito Aduanero:       | N/A               |
| Tipo de Documento :                                                                                                                     | LOCAL                                          | Documento de Compra:     | FACTURA           |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                      |                                                |                          |                   |
| RTN :                                                                                                                                   | 08011986012239                                 |                          |                   |
| Nombre:                                                                                                                                 | INVERSIONES MULTIPLES PONCE.                   |                          |                   |
| Observación:                                                                                                                            | PARA USO DE INTENDENCIA.                       |                          |                   |
|                                                                                                                                         | CHRISTOPHER MENDEZ.                            |                          |                   |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                        |                                                |                          |                   |
| Sírvese por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br>IMPUESTO SOBRE LA VENTA |                                                |                          |                   |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                 |                                                |                          |                   |
| Descripción                                                                                                                             |                                                |                          | Costo en Lempiras |
| UNA REPARACION DE AMBULANCIA.                                                                                                           |                                                |                          | 31,870.00         |
| <b>TOTAL:</b>                                                                                                                           |                                                |                          | <b>31,870.00</b>  |

|                                                                                                                           |                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                           |                                                                                                                           |
| <br>Solicitado por:<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por:<br>(Firma y Sello) |

000129

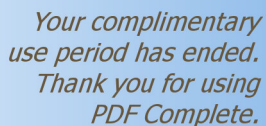
Miguel Angel Ponce  
0801-1986-0122



|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>CONTROL INTERNO</b>                     |
| FECHA: 16/5/23                             |
| ANALISTA: [Signature]                      |
| FOLIO: [Signature]                         |
| HOSPITAL DE ESPECIALIDADES<br>IHSS - TEGA. |

2

Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial



***Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features***

000123

**Fecha límite de emisión: 26/01/2024**

CAI: CD83F4-D1F6B4-DC41BA-491E4E-47D286-21

**Rango Autorizado: 000-001-01-00000101 AL 000-001-01-00000250**

PROP. MIGUEL ANGEL PONCE LARIOS

Colonia La Pradera, Calle Principal, frente a Iglesia Católica, Casa N° 1636,  
Francisco Morazán, Distrito Central, Cel.: 3218-8147, E-mail: ponce\_bm09@hotmail.com

Cliente: IHSS Instituto Hondureño Seguridad Social

RTN: 0801-900-3249605

**Dirección:**

Fecha: 15 / 06 / 23

[illegible]

**CONTROL INTERNO**  
 INSS: 21/6/23  
 FECHA: 21/6/23  
 ANALISTA: [Signature]  
 FOLIO: 1  
 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
 INSS - FLGA

000128



|            |                                                                                                                                                  |        |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| F-DGFA-001 | <b>PLATAFORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTA</b><br><b>OC2023039580</b> | 000145 |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

|                                                                                                                                          |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                             |                                                |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                  | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS) |
| RTN :                                                                                                                                    | 08019003249605                                 |
| Código SAG:                                                                                                                              |                                                |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                                | EM2022000439                                   |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                 | R2023000624                                    |
| Estado de la OCE :                                                                                                                       | AUTORIZADA                                     |
| Fecha de Vencimiento:                                                                                                                    | 2/7/2023                                       |
| Fecha de Aprobación OCE:                                                                                                                 | 29/5/2023                                      |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                             |                                                |
| Proyecto :                                                                                                                               | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD              |
| Aduana :                                                                                                                                 | N/A                                            |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                       | 29/5/2023                                      |
| Tipo de Compra :                                                                                                                         | BIENES                                         |
| Tipo de Documento :                                                                                                                      | LOCAL                                          |
| Fecha de Vencimiento :                                                                                                                   | 2/10/2023                                      |
| Depósito Aduanero:                                                                                                                       | N/A                                            |
| Documento de Compra:                                                                                                                     | FACTURA                                        |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                       |                                                |
| RTN :                                                                                                                                    | 08019008185616                                 |
| Nombre:                                                                                                                                  | SUPLIDORA MEDICA S. DE R.L.                    |
| Observación:                                                                                                                             | PARA USO EN CENTRAL DE EQUIPO.                 |
|                                                                                                                                          | CHRISTOPHER MENDEZ.                            |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                         |                                                |
| Sírvasse por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br>IMPUESTO SOBRE LA VENTA |                                                |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                  |                                                |

| Descripción                                                                                                             | Costo en Lempiras |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 2100002768-. 40 ROLLOS DE PAPEL CREPADO GRADO MEDICO DE 110CM X 5KG DE TERCERA GENERACION PRECIO UNITARIO LPS. 3,160 00 | 126,400.00        |
| <b>TOTAL:</b>                                                                                                           | <b>126,400.00</b> |

|                                                                                                                            |                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                            |                                                                                                                           |
| <br>Solicitante por:<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por :<br>(Firma y Sello) |

  
 SUPMEDIC S DE R.L DE CV  
 RTN 08019008185616  
 VENTAS 5  
 TEGUCIGALPA HONDURAS C.A.  
 Osmany Mejia

  
 REVISADO  
 ANALISTA ADMINISTRATIVO  
 INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL M.D.C.

000145

Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial



000144

**FACTURA**  
**000-003-01-00023195**

SUPLIDORA MEDICA S. DE R.L DE C.V.  
R.T.N. 08019008185616  
Tegucigalpa, Honduras

Fecha de factura 19/6/2023  
Factura Vence 19/7/2023  
Vendedor AMM  
Direccion Cliente

Tel: (504) 22300137-22305581-22283386  
Correo: knunez@suplimedic.com.co  
C.A.I. 9CEF7C-4D6DB4-3D4BBB-6ED909-FE02BD-62  
Rango Autorizado del 000-003-01-00021001 Al 000-003-01-00023500  
Fecha limite de Emision: 31-10-2023

Tegucigalpa

| Cliente                                                                                                           |       | IHSS-TEGUS                                                                |                 | RTN             |     | *08019003249605 |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----|-----------------|--------------|
| ITEM                                                                                                              | CANT. | PREST                                                                     | PRECIO UNITARIO | DESC. Y REBAJAS | ISV | SUB-TOTAL       | PRECIO FINAL |
| 1                                                                                                                 | 40    | ROLLOS<br>PAPEL CREPADO GRADO MEDICO DE 110CM X 5KG<br>TERCERA GENERACION | 3,160.000       |                 |     | 126,400.00      | 126,400.00   |
| <div><br/><b>ORIGINAL</b></div> |       |                                                                           |                 |                 |     |                 |              |
|                                                                                                                   |       |                                                                           |                 | -               |     |                 | 126,400.00   |

**VALOR EN LETRAS**

CIENTO VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS LEMPIRAS EXACTOS

FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA

La Factura vencida pagara el 3% de interes y por cada cheque debuelto se pagara Lps 800.00

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| No. Correlativo de Orden de Compra exenta              |
| No. Correlativo de Constancia de Registro de exonerado |
| No. Identificativo del registro de la SAG              |

  
Autorizado por:

ORIGINAL: CLIENTE

Revisada Por: Firma y Sello cliente

COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

Descots. y Rebajas otorg.

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Importe Exonerado    | 126,400.00        |
| Importe Exento       |                   |
| Importe Grabado 15%  |                   |
| Importe Grabado 18%  |                   |
| I.S.V. 15%           | -                 |
| ISV 18%              |                   |
| <b>TOTAL A PAGAR</b> | <b>126,400.00</b> |

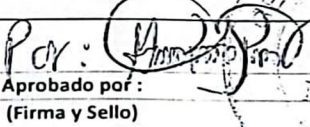
COPIA: CONTABILIDAD

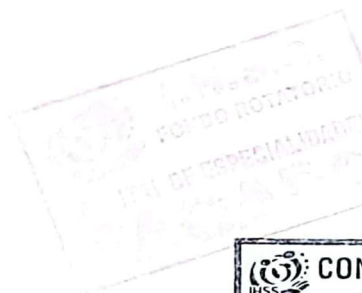
000144



|            |                                                                                                                                       |        |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| F-DGFA-001 | <b>FORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE EXONERACIONES DE HONDURAS (PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTIVA</b><br><b>OC2023034528</b> | 000004 |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

|                                                                                                               |                                                                                                                                                |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                  |                                                                                                                                                |                                    |
| Nombre o Razón Social :                                                                                       | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)                                                                                                 |                                    |
| RTN :                                                                                                         | 08019003249605                                                                                                                                 |                                    |
| Código SAG:                                                                                                   |                                                                                                                                                |                                    |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                     | EM2022000439                                                                                                                                   | Fecha de Vencimiento: 2/7/2023     |
| Registro de Exonerados :                                                                                      | R2023000624                                                                                                                                    |                                    |
| Estado de la OCE :                                                                                            | AUTORIZADA                                                                                                                                     | Fecha de Aprobación OCE: 12/5/2023 |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                  |                                                                                                                                                |                                    |
| Proyecto :                                                                                                    | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                                                                                                              |                                    |
| Aduana :                                                                                                      | N/A                                                                                                                                            |                                    |
| Fecha de Emisión :                                                                                            | 12/5/2023                                                                                                                                      | Fecha de Vencimiento : 15/9/2023   |
| Tipo de Compra :                                                                                              | BIENES                                                                                                                                         | Depósito Aduanero: N/A             |
| Tipo de Documento :                                                                                           | LOCAL                                                                                                                                          | Documento de Compra: FACTURA       |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                            |                                                                                                                                                |                                    |
| RTN :                                                                                                         | 08019021308002                                                                                                                                 |                                    |
| Nombre:                                                                                                       | PROMEDIC                                                                                                                                       |                                    |
| Observación:                                                                                                  | PARA SER UTILIZADO EN EL PACIENTE MARVIN ALBERTO DIAZ FLORES.                                                                                  |                                    |
|                                                                                                               | CHRISTOPHER MENDEZ.                                                                                                                            |                                    |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                              |                                                                                                                                                |                                    |
| Sírvasse por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de: |                                                                                                                                                |                                    |
| <b>IMPUESTO SOBRE LA VENTA</b>                                                                                |                                                                                                                                                |                                    |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                       |                                                                                                                                                |                                    |
|                                                                                                               | Descripción                                                                                                                                    | Costo en Lempiras                  |
|                                                                                                               | 2100001196.- 1 PIEZA DE SISTEMA TRANSPEDICULAR TORNILLOS TRANSPEDICULAR # 8 Y 2 BARRAS HORIZONTALES. CON UN PRECIO UNITARIO DE LPS. 41,739.13. | 41,739.13                          |
|                                                                                                               | <b>TOTAL:</b>                                                                                                                                  | <b>41,739.13</b>                   |

|                                                                                                                           |                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                           |                                                                                                                           |
| <br>Solicitado por:<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por:<br>(Firma y Sello) |



Yukana Gonzalez Castro.  
Id 000198207828.



000004



Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial



Promedic

No. 000-001-01-00000446

**OS MEDICOS,  
S. DE R.L. DE C.V.**

**FACTURA**

000003

Colonia Alameda, 11 Avenida, Julio Lozano Díaz,  
Edificio D'arco, Local 11, Tegucigalpa, M.D.C.,  
Cel.: 3187-8432

E-mail: promedic504@gmail.com

RTN: 08019021308003

CAI: 8D4F08-60206E-3F4D86-90E3B2-002DFF-9D

19 de Junio de 20 23

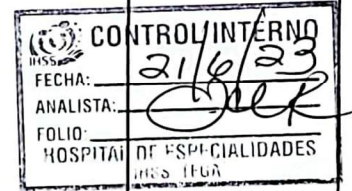
Señor(es): INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)

RTN: 08019003249605

Dirección: Tegucigalpa

| CANT. | DESCRIPCIÓN                                                                                                                            | PRECIO UNIT. | Descuentos y<br>Rebajas Otorgadas | TOTAL     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|-----------|
| 1     | Pieza de Sistema Transpedicular<br>Tornillos Transpedicular # 8 y 2 Barras<br>Horizontales<br><br>Paciente: Marvin Alberto Diaz Flores | 41,739.13    |                                   | 41,739.13 |

Impresos: 000003 Hibuera, Tel. 3142-5198 RTN: 08231982000800 Certificado: No. 9231-23-10500-13



Nº Orden de Compra Exenta: OC2023034528

Nº Constancia de Registro de Exonerado: \_\_\_\_\_

Nº Registro de La SAG: \_\_\_\_\_

Rango Autorizado: 000-001-01-00000401 al 000-001-01-00000500

Fecha Límite de Emisión: 05/02/2024

Total en letras: Cuarenta Un Mil Setecientos Treinta y Nueve

Lempiras Con 13/100 ctvs



Original: Cliente Copia: Obligado Tributario Emisor: Archivo

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Sub-Total L.                 | 41,739.13 |
| Desc. y Rebajas otorgadas L. |           |
| Importe Exonerado L.         |           |
| Importe Exento L.            | 41,739.13 |
| Importe Gravado 15% L.       |           |
| Importe Gravado 18% L.       | 000003    |
| I.S.V. 15% L.                |           |
| I.S.V. 18% L.                |           |
| TOTAL A PAGAR L.             | 41,739.13 |

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJA LA



|            |                                                                                                                                          |                                                                                     |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| F-DGFA-001 | <b>ATAFORMA ADMINISTRADORA DE MODULOS DE<br/>EXONERACIONES DE HONDURAS<br/>(PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTA<br/>OC2023045527</b> |  |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

000030

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                            |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |                                    |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                                 | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)                                                                                                                                             |                                    |
| RTN :                                                                                                                                   | 08019003249605                                                                                                                                                                             |                                    |
| Código SAG:                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                            |                                    |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                               | EM2022000439                                                                                                                                                                               | Fecha de Vencimiento: 2/7/2023     |
| Registro de Exonerados :                                                                                                                | R2023000624                                                                                                                                                                                |                                    |
| Estado de la OCE :                                                                                                                      | AUTORIZADA                                                                                                                                                                                 | Fecha de Aprobación OCE: 13/6/2023 |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                            |                                                                                                                                                                                            |                                    |
| Proyecto :                                                                                                                              | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                                                                                                                                                          |                                    |
| Aduana :                                                                                                                                | N/A                                                                                                                                                                                        |                                    |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                      | 13/6/2023                                                                                                                                                                                  | Fecha de Vencimiento: 17/10/2023   |
| Tipo de Compra :                                                                                                                        | BIENES                                                                                                                                                                                     | Depósito Aduanero: N/A             |
| Tipo de Documento :                                                                                                                     | LOCAL                                                                                                                                                                                      | Documento de Compra: FACTURA       |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                            |                                    |
| RTN :                                                                                                                                   | 07019995204280                                                                                                                                                                             |                                    |
| Nombre:                                                                                                                                 | PHAR MED SALES HONDURAS S A                                                                                                                                                                |                                    |
| Observación:                                                                                                                            | COMPRA DE 1 PIEZA DE SUPER REVOS.-PARA USO EN EL PACIENTE JOSE WILLIAMS LEIVA CERNA ID. 1627-1995-00249.- SEGUN FACTURA PROFORMA NO. 2038 CON FECHA 12 DE JUNIO DEL 2023. RAIGMON MONCADA. |                                    |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                        |                                                                                                                                                                                            |                                    |
| Sírvese por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de:<br>IMPUESTO SOBRE LA VENTA |                                                                                                                                                                                            |                                    |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |                                    |
| Descripción                                                                                                                             | Costo en Lempiras                                                                                                                                                                          |                                    |
| 2100000871.-1 PIEZA DE SUPER REVOS.-CON PRECIO UNITARIO L.6,086.96                                                                      | 6,086.96                                                                                                                                                                                   |                                    |
| <b>TOTAL:</b>                                                                                                                           | 6,086.96                                                                                                                                                                                   |                                    |

|                                                                                                                           |                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                           |                                                                                                                           |
| <br>Solicitado por:<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por:<br>(Firma y Sello) |



000030

Manlym  
16/06/23  
0801-1979-11013

Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial



PHARMED SALES HONDURAS S. A.  
Bo. GUAMILITO, 2DA CALLE ENTRE 10 Y 11 AVENIDA, EDIFICIO PLAZA CRISTAL, L. CAJALPA #10  
TEL: 2516-1371

R. T. N.: 07019995204280  
Rango Autorizado: 000-001-01-00039001 al 000-001-01-00042000  
CAI: 2635D4-76AF73-EA45B1-8EE6C1-D51F71-00

# FACTURA

| Fecha                | Pagina |
|----------------------|--------|
| 19/06/2023           | 1      |
| N. Factura           |        |
| 000-001-01- 00039229 |        |

Cliente: Hospital de Especialidades I.H.S.S  
C00055 Barrio la Granja Tegucigalpa

Enviar a:

000029

Telefono: 222-8412 225-2807

RTN: 08019003249605

|                                                                                   |           |                      |     |                     |                 |            |           |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------|-----|---------------------|-----------------|------------|-----------|----------|
| Orden de Compra/Adjudicacion                                                      |           | Fecha de Vencimiento |     |                     | Termino de Pago |            |           |          |
| ORDEN OC2023045527                                                                |           | 14/09/2023           |     |                     | 90 Días         |            |           |          |
| Contacto cliente                                                                  |           |                      |     | Ejecutivo de ventas |                 |            |           |          |
| Aracely/Cristhofer                                                                |           |                      |     | Liliana Alvarado    |                 |            |           |          |
|  | Codigo    | Descripción          | Und | Bod                 | Cant            | Precio Und | Descuento | Total    |
|                                                                                   | LIHC6141H | PIEZA DE SUPER REVOS | UND | 01                  | 1               | 6 086.96   | 0.00      | 6 086.96 |



ORIGINAL



|                                                                               |  |     |          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|-----|----------|
| MONTO EN LETRAS: Seis mil ochenta y seis Lempiras con Noventa y seis Centavos |  | LPS | 6,086.96 |
| IMPORTE GRAVADO 15%                                                           |  | LPS | 0.00     |
| IMPORTE GRAVADO 18%                                                           |  | LPS |          |
| IMPORTE EXONERADO                                                             |  | LPS |          |
| IMPORTE EXENTO                                                                |  | LPS | 6,086.96 |
| FLETE Y SEGURO                                                                |  | LPS | 0.00     |
| I.S.V 15%                                                                     |  | LPS | 0.00     |
| I.S.V 18%                                                                     |  | LPS |          |
| DESCTO Y REBAJAS OTORGADOS                                                    |  | LPS | 0.00     |
| TOTAL                                                                         |  | LPS | 6,086.96 |

Datos del Adquiriente  
Exonerado:

N. Orden de Compra Exenta  
N. Const. de Registro Exonerada  
N. Registro de la SAG

- TODA FACTURA A 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 18 MESES.  
- NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES DE PRODUCTOS EN PROMOCION.

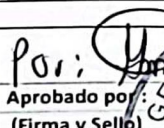
Correo: factu@pharmedsales.com / FLE: 08/05/2024  
Original: Cliente  
Copia 1: Obligado Tributario Emisor/Contabilidad - Copia 2: Facturacion - Copia 3: Almacén

000029



|            |                                                                                                                                      |                                                                                     |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| F-DGFA-001 | <b>ADMINISTRADORA DE MODULOS DE EXONERACIONES DE HONDURAS (PAMEH)</b><br><b>ORDEN DE COMPRA EXENTA 000049</b><br><b>OC2023036402</b> |  |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                       |                                                                                                          |                          |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| <b>1 DATOS DE LA EMPRESA</b>                                                                                                          |                                                                                                          |                          |                   |
| Nombre o Razón Social :                                                                                                               | INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (IHSS)                                                           |                          |                   |
| RTN :                                                                                                                                 | 08019003249605                                                                                           |                          |                   |
| Código SAG:                                                                                                                           |                                                                                                          |                          |                   |
| Solicitud de Exoneración:                                                                                                             | EM2022000439                                                                                             | Fecha de Vencimiento:    | 2/7/2023          |
| Registro de Exonerados :                                                                                                              | R2023000624                                                                                              |                          |                   |
| Estado de la OCE :                                                                                                                    | AUTORIZADA                                                                                               | Fecha de Aprobación OCE: | 18/5/2023         |
| <b>2 INFORMACIÓN GENERAL</b>                                                                                                          |                                                                                                          |                          |                   |
| Proyecto :                                                                                                                            | EL IHSS PRESTA SERVICIOS DE SALUD                                                                        |                          |                   |
| Aduana :                                                                                                                              | N/A                                                                                                      |                          |                   |
| Fecha de Emisión :                                                                                                                    | 18/5/2023                                                                                                | Fecha de Vencimiento :   | 21/9/2023         |
| Tipo de Compra :                                                                                                                      | BIENES                                                                                                   | Depósito Aduanero:       | N/A               |
| Tipo de Documento :                                                                                                                   | LOCAL                                                                                                    | Documento de Compra:     | FACTURA           |
| <b>3 PROVEEDOR</b>                                                                                                                    |                                                                                                          |                          |                   |
| RTN :                                                                                                                                 | 08019999399602                                                                                           |                          |                   |
| Nombre:                                                                                                                               | DISTRIBUIDORA TEXTIL S.A DE C.V. (DITEX)                                                                 |                          |                   |
| Observación:                                                                                                                          | COMPRA DE 1,500 YARDAS DE CREA AZUL CELESTE DE 72".-PARA USO EN JEFATURA DE COSTURERIA. RAIGMON MONCADA. |                          |                   |
| <b>4 INDICACIONES ESPECIALES</b>                                                                                                      |                                                                                                          |                          |                   |
| Sírvasse por este medio proveer al presente beneficiario los siguientes artículos o servicios sin el pago de: IMPUESTO SOBRE LA VENTA |                                                                                                          |                          |                   |
| <b>5 DETALLE PEDIDO</b>                                                                                                               |                                                                                                          |                          |                   |
| Descripción                                                                                                                           |                                                                                                          |                          | Costo en Lempiras |
| 2600000007.-1,500 YARDAS DE CREA AZUL CELESTE DE 72".-CON PRECIO UNITARIO L.51.45                                                     |                                                                                                          |                          | 77,175.00         |
| TOTAL:                                                                                                                                |                                                                                                          |                          | 77,175.00         |

|                                                                                                                       |                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6 FIRMAS</b>                                                                                                       |                                                                                                                         |
| <br>Solicitante<br>(Firma y Sello) | <br>Aprobado por<br>(Firma y Sello) |



PEDRO GONZALEZ  
0801 1978 09049



Nota: El Proveedor es responsable en verificar que este documento se encuentre debidamente registrado y autorizado en el PAMEH al momento de la emisión de la Factura Comercial

**DITEX**

Distribuidora Textil S.A. de C.V.

Fredy Contiguo A Esc. Normal Pedro Nufio  
Tegucigalpa Honduras  
+504 2230-5518 fax: +504 2230 5422  
email: ditex@ditex.hn  
RTN: 08019099399602

**Factura No.**

000-001-01-00029401

Fecha: 23-06-2023

Vencimiento: 23-06-2023

Cliente No.: 10061

Cliente: Instituto Hondureño De Seguridad Social

RTN: 08019003249605

Contacto: lhss

Barrio Abajo

Tegucigalpa, M.D.C.

Francisco Morazan

Honduras

CAI: 0C19CE-FAE44C-9A4EBF-AF68EB-  
527ABF-F3

Rango Autorizado: 000-001-01-00029001 al  
000-001-01-00039000

Fecha límite emisión: 2024-03-06

Condiciones de Pago: Contado

No OC: OC2023036402

No OV: 0552

Vendedor: Fredy Andino

ORIGINAL

| No. | Producto         | Cantidad | Descripción              | Precio  | Descuento | Subtotal    |
|-----|------------------|----------|--------------------------|---------|-----------|-------------|
| 1   | 2073/1-SABAES-06 | Yd 1,500 | CREA AZUL CELESTE DE 72" | L 51.45 | L 0.00    | L 77,175.00 |

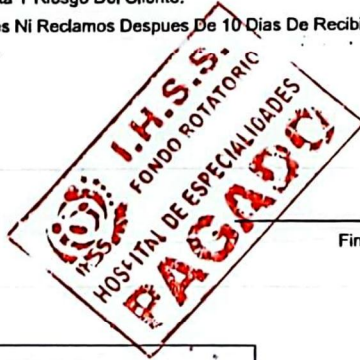
Monto: Setenta Y Siete Mil Ciento Setenta Y Cinco Lempiras Con Cero Centavos.

No. Correlativo de la OCE  
No. Correlativo de Exonerado  
No. Correlativo de la SAG

OC2023036402  
R2023000624  
None

- 1- Se Aplicara El 4% De Recargo Mensual Sobre El Valor Total De La Factura Despues De La Fecha De Vencimiento.
- 2- Toda Venta Corre Por Cuenta Y Riesgo Del Cliente.
- 3- No Se Aceptan Devoluciones Ni Reclamos Despues De 10 Dias De Recibir Esta Factura Y La Mercaderia.

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| Subtotal:              | L 77,175.00 |
| Descuentos/Rebajas:    | L 0.00      |
| Importe Exento:        | L 0.00      |
| Importe Exonerado:     | L 77,175.00 |
| Importe Gravado 15%:   | L 0.00      |
| Importe Gravado 18%:   | L 0.00      |
| Impuestos S/Venta 15%: | L 0.00      |
| Impuestos S/Venta 18%: | L 0.00      |
| Total:                 | L 77,175.00 |



Firma Recibido

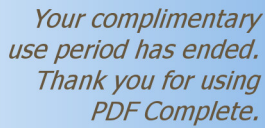


Estimado Cliente:  
Favor hacer su deposito/pago a favor de:  
Distribuidora Textil, S.A. de C.V. (DITEX)  
dentro del plazo estipulado en cualquiera de nuestras cuentas:  
Ficohsa: No. 10-102-347184  
BAC: No. 100101313  
Atentida: No. 1100066057  
Banpala: No. 01-599-002044-2  
Banrural: No 01503010124911  
Davivlenda: No. 104-103-3352  
Occidente: No. 11-421-000010-0



"LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXÍJALA"  
Original: Cliente, Copia: Obligado Tributario Emisor, Copia: Contabilidad





**Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features**

000065

**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**



**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
DEPARTAMENTO DE COMPRAS  
ORDEN DE COMPRA LOCAL**



**Fecha:** **Comayaguela, 26 de Junio de 2023**

No. **0067-GGHE-2023**

**Señor: ORTOSHOP**

Depto. **ORTOPEDIA**  
Solicitante:

**Dirección: Tegucigalpa M.D.C.**

**Solicitud No. 0265 y 0838**

**Cuenta**  
**Contable**                    **613 250 0200**

Condiciones: **INMEDIATA**

|                  |       |
|------------------|-------|
| Objeto del Gasto | 39530 |
|------------------|-------|

| Item         | Código de Producto | Cant. | Und | Descripción                                                                       | LEMPIRAS        |              |
|--------------|--------------------|-------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|              |                    |       |     |                                                                                   | Precio Unitario | Total        |
| 1            | 2100002453         | 1     | PZA | PROTESIS TOTAL DE CADERA DERECHA                                                  | 37,950.00       | 37,950.00    |
| 2            | 2100002562         | 1     | PZA | PROTESIS TOTAL DE CADERA IZQUIERDA                                                | 37,950.00       | 37,950.00    |
|              |                    |       |     | SE SOLICITA PARA USO EN:                                                          |                 |              |
|              |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Hector Villeda<br>Mencia Afil. No. 0303-1945-00231      |                 |              |
|              |                    |       |     | ORTOPEDIA DE MUJERES:pte. Laurinda Barahona<br>Gonzales Afil. No. 0820-1944-00128 |                 |              |
|              |                    |       |     | **** ULTIMA LINEA ****                                                            |                 |              |
|              |                    |       |     |                                                                                   |                 |              |
|              |                    |       |     |                                                                                   |                 |              |
|              |                    |       |     |                                                                                   |                 |              |
|              |                    |       |     |                                                                                   |                 |              |
|              |                    |       |     |                                                                                   |                 |              |
|              |                    |       |     |                                                                                   |                 |              |
|              |                    |       |     |                                                                                   |                 |              |
|              |                    |       |     |                                                                                   |                 |              |
|              |                    |       |     |                                                                                   |                 |              |
| <b>TOTAL</b> |                    |       |     |                                                                                   |                 | L. 75,900.00 |

**INSTRUCCIONES:** para la cancelación de esta orden, adjuntese Original y Copia de la factura comercial y Recibo  
**CONSIGNESE:** INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

**DRA. INGRID URBINA**  
Gerente General H.E.

**Responsable Fondo Rotatorio**

000065


**CONTROL INTERNO**  
 27/6/03  
 FECHA: \_\_\_\_\_  
 ANALISTA: \_\_\_\_\_  
 FOLIO: \_\_\_\_\_  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**IHSS TEGA.**

**Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features**

nja, 3 Ave. 3 Calle,  
, F.M., Honduras, C.A.  
25-1008, 2225-4087  
88-6699

ortoshophn@gmail.com  
RTN: 08019011407211

## FACTURA

**No. 000-001-01-00 007345**

CAI. 7D02B2-2211F9-6948A9-738B9A-035DC2-0D

**Rango Autorizado:** del 000-001-01-00007001 al 000-001-01-00007900

**Fecha Límite Emisión: 02/01/2024**

**Ortopedic Shop S. de R.L. de C.V.**

Fecha 26 de Junio de 2023

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS RTN: 08019003249605

| CANT.                                                      | DESCRIPCIÓN                        | VALOR UNIT.         | TOTAL        |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|--------------|
| 1                                                          | Protesis total de cadera derecha   |                     | 37,950.00    |
| 1                                                          | Protesis total de cadera izquierda |                     | 37,950.00    |
|                                                            |                                    |                     |              |
|                                                            |                                    |                     |              |
|                                                            |                                    |                     |              |
|                                                            |                                    |                     |              |
|                                                            |                                    |                     |              |
|                                                            |                                    |                     |              |
|                                                            |                                    |                     |              |
| No. Orden de Compra Exenta:                                |                                    | Importe Exento      | L. 75,900.00 |
| No. Constancia registro de exonerado:                      |                                    | Importe Exonerado   | L.           |
| No. Registro de la SAG:                                    |                                    | Importe Gravado 15% | L.           |
| Son L.: Setenta y Cinco Mil Noovecientos Lempiaras Exactas |                                    | Descuento           | L.           |
|                                                            |                                    | Rebaja              | L.           |
|                                                            |                                    | ISV 15%             | L.           |
|                                                            |                                    | TOTAL A PAGAR       | L. 75,900.00 |

"La factura es beneficio de todos, exigjala"

**Original: Cliente**  
**Copia 1: Obligado Tributario Emisor**

Escaneado con CamScanner





**IHSS**  
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

**INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE COMPRAS**  
**ORDEN DE COMPRA LOCAL**

Fecha: **Comayagua, 26 de Junio de 2023**

Señor: **ORTOSHOP**

Dirección: **Tegucigalpa M.D.C.**

Cuenta Contable: **613 250 0200**

No. **0066-GGHE-2023**

Depto. Solicitante: **ENDOSCOPIA**

Solicitud No. **0200, 0203, 0213, 0217, 0219, 0237, 0238, 0258 y 0349**

Condiciones: **INMEDIATO**

Objeto del Gasto: **39530**

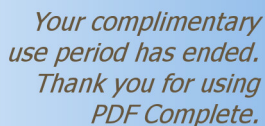
| Item | Código de Producto | Cant. | Und | Descripción                                                                            | LEMPIRAS        |                     |
|------|--------------------|-------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
|      |                    |       |     |                                                                                        | Precio Unitario | Total               |
| 1    | 2100003026         | 2     | PZA | CLAVOS STEINAN ROSCADO 2.0MM                                                           | 500.00          | L. 1,000.00         |
| 2    | 2100002079         | 6     | PZA | TORNILLOS CANULADOS 4.MM                                                               | 1,699.00        | L. 10,194.00        |
| 3    | 2100002334         | 1     | PZA | PLACA VOLAR EN T LARGA MAYOR DE 14 ORIFICIOS                                           | 4,000.00        | L. 4,000.00         |
| 4    | 2100002350         | 2     | PZA | TORNILLO DE HERBERT                                                                    | 2,800.00        | L. 5,600.00         |
| 5    | 2100000815         | 1     | PZA | CLAVO ENDOMEDULAR BLOQUEADO DE TIBIA                                                   | 7,450.00        | L. 7,450.00         |
| 6    | 2100000854         | 2     | PZA | PROTESIS TOTAL DE RODILLA                                                              | 33,949.00       | L. 67,898.00        |
|      |                    |       |     | <b>SE SOLICITA PARA USO EN:</b>                                                        |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Delmer Rogelio Avila Calix Afil. No. 0703-1982-01721         |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Elvin Neptaly Flores Espinal Afil. No. 0716-1964-00124       |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Hector Antonio Sanchez Rugama Afil. No. 0801-1988-12328      |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Darbin Josue Matamoros Matamoros Afil. No. 0708-1990-00061   |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Jonathan Isaac Gomez Amador Afil. No. 0601-1990-02775        |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Alexys Zelaya Castellanos Afil. No. 0816-1968-00080          |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Javier Edgardo Amaya Rodriguez Afil. No. 0715-1989-00251     |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE HOMBRES:pte. Santos Alejandro Amador Mendez Afil. No. 0801-1953-00681     |                 |                     |
|      |                    |       |     | ORTOPEDIA DE MUJERES:pte. Roxana Elizabeth Castillo Aguilera Afil. No. 0801-1970-03429 |                 |                     |
|      |                    |       |     | <b>**** ULTIMA LINEA ****</b>                                                          |                 |                     |
|      |                    |       |     | <b>TOTAL</b>                                                                           |                 | <b>L. 96,142.00</b> |

INSTRUCCIONES: para la cancelacion de esta orden,adjuntese Original y Copia de la factura comercial y Recibo  
CONSIGNESE: INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

**DRA. INGRID URBINA**  
Gerente General H.E.  
Responsable Fondo Rotatorio

**CONTROL INTERNO**  
FECHA: **27/6/23**  
ANALISTA:   
FOLIO:   
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

**I.H.S.S.**  
**FONDO ROTATORIO**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**PAGADO**



a Granja, 3 Ave. 3 Calle,  
güela, F.M., Honduras, C.A.  
4) 2225-1008, 2225-4087

**Cel.: (504) 9688-6699**  
**ortoshophn@gmail.com**  
**RTN: 08019011407211**

No. 000-001-01-00 007346

CAI. 7D02B2-2211F9-6948A9-738B9A-035DC2-00

**Rango Autorizado:** del 000-001-01-00007001 al 000-001-01-0000

**Fecha Límite Emisión: 02/01/2024**

**Ortopedic Shop S. de R.L. de C.V.**

Fecha 26 de Junio de 2023

Cliente: Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS RTN: 08019003249605

| CANT.                                                                  | DESCRIPCION                   | VALOR UNIT.         | TOTAL        |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|--------------|
| 2                                                                      | clavos Steinman pasados 2.0mm | 500.00              | 1,000.00     |
| 6                                                                      | Tornillos canulados 4.0 mm    | 1699.00             | 10,194.00    |
| 1                                                                      | Placa volar en T              | 4,000.00            | 4,000.00     |
| 2                                                                      | Tornillos Herbert             | 2,800.00            | 5,600.00     |
| 1                                                                      | Clavo bloqueado de fijación   | 7,450.00            | 7,450.00     |
| 2                                                                      | Protector total de rodilla    | 33,949.00           | 67,898.00    |
|                                                                        |                               |                     |              |
|                                                                        |                               |                     |              |
|                                                                        |                               |                     |              |
|                                                                        |                               |                     |              |
|                                                                        |                               |                     |              |
| No. Orden de Compra Exenta:                                            |                               | Importe Exento      | L. 96,142.00 |
| No. Constancia registro de exonerado:                                  |                               | Importe Exonerado   | L.           |
| No. Registro de la SAG:                                                |                               | Importe Gravado 15% | L.           |
| Son L.: Noventa y Seis mil Ciento Cuarenta y dos<br>Reimpresos Exactos |                               | Descuento           | L.           |
|                                                                        |                               | Rebaja              | L.           |
|                                                                        |                               | ISV 15%             | L.           |
|                                                                        |                               | TOTAL A PAGAR       | L. 96,142.00 |

Original: Cliente  
Copia 1: Obligado Tributario Emisor

 **AutoShop**  
Implantes Ortopedicos



Escaneado con CamScanner