



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO.

ORDEN DE COMPRA

Nº 019109



Señor: Corinbar S A D E C U

Sirvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

Lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	Costo Unitario	TOTAL
1	Acetaminofen 100 mg/ml	100	17 00	1700 00
2	Acetaminofen 120 mg / 5 ml	2000	12 00	24,000 00
3	Acetaminofen 500 mg	71,000	0 30	21,300 00
4	Acido Acetil Salicilico 100mg	4,985	0 38	1894 30
5	Acido Folico 1 mg	142,000	0 19	26,980 00
6	Agua Destilada 10 ml	199	5 25	1,044 75
7	Alfametildopa 500 mg	75	3 60	270 00
8	Amoxicilina (trihidrato) 250mg	2000	33 00	66,000 00
9	Amoxicilina (trihidrato) 500mg	30,000	0 80	24,000 00
10	Anestesico local + Corticosteroide	85	50 00	4250 00
11	Atenolo 100 mg	5,660	0 44	2490 40
12	Azitromicina 500 mg	1,500	11 00	16,500 00
13	Betametasona valerato 0,1%	184	17 00	3,128 00
14	Calamina al 8% equivalente 8g	85	22 00	1870 00
15	Carbamacepina 200 mg	115	0 80	92 00
16	Ceftriaxona Sodica 500 mg	284	30 00	8,520 00
17	Ciprofloxacin 500 mg	3,000	1 30	3,900 00
18	Clotrimazol 500 mg	120	11 00	1320 00
19	Cloranfenicol 0,5% gota	75	23 00	1725 00
	<u>VAN...</u>			

50 tal. 18,551 al 21,050

SUBTOTAL L.

I.S.V. L.

TOTAL L.

Imputarse al programa 11/05 Actividad 006 Fondo 14 Cuenta 5510 # Proyecto
Lugar y Fecha: Morazán Yoro 14/07/23

Recibido Por:


Firma



(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras


Nombre en Letra de Molde



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



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO.

ORDEN DE COMPRA

Nº 019110



Señor: Corinbar SA DE CV

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

Lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	Costo Unitario	TOTAL
	VIENEN...			
20	Diazepam 5mg/ml 10 mg	35	82 00	2870 00
27	Diclofenaco (sódico) 25mg	950	3 00	2850 00
22	Diazepam 5mg/ml 10 mg	2000	5 00	10,000 00
23	Dicloxacilina Sódica 500 mg	85	3 50	297 50
24	Difenhidramina 2.5 mg/ml	141	14 00	1974 00
25	Difenhidramina 50mg	2000	0 85	1700 00
26	Diclofenaco Sódico 25 mg/ml	1750	0 50	875 00
27	Doxiciclina clorhidrato 100mg	5563	1 30	7,231 90
28	Enalapril maleato 20mg	3,749	0 35	1,312 15
29	Eritromicina 500 mg	1,000	2 50	2500 00
30	Eritromicina 250 mg/15ml	100	27 00	2,700 00
31	Fenitoína Sódica 100mg	1,000	1 00	1000 00
32	Fluconazol 150 mg	750	4 80	3,600 00
33	Fluoruro de Sodio 2.2 mg	2,220	0 50	1,110 00
34	Fenobarbital Sódico 100mg	10,000	1 50	15,000 00
35	Furosemida 10 mg/ml	300	8 00	2,400 00
36	Furosemida 40 mg	7,350	0 45	3,307 50
37	Gentamicina 40mg/ml/sulfato	105	20 00	2,100 00
	VAN...			

50 tal. 18,551 al 21,050

SUBTOTAL L.

I.S.V. L.

TOTAL L.


Imputarse al programa 11/05 Actividad 006 Fondo 14 Cuenta 55/10 #Proyecto
Lugar y Fecha: Morazán yoro 14/07/23

Recibido Por:

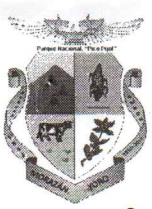

Firma


(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras


Marcos
Nombre en Letra de Molde

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



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO.

ORDEN DE COMPRA

Nº 019111



Señor: Cocinar SA DE CV

Sirvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

Lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	Costo Unitario	TOTAL
	VIENEN...			
38	Gentamicina de 80 mg/ml	140	6 00	840 00
39	Gentamicina sulfato 0,3%	22	70 00	1540 00
40	Glibenclamida 5 mg	12,500	0 21	2,625 00
41	Hioscina butilbromuro 20mg/ml	150	14 00	2,100 00
42	Hioscina butilbromuro 10 mg	2,500	1 60	4,000 00
43	hidroclorotiazida 25 mg	1,750	0 45	787 50
44	hidrocortizona succinato 100 mg	110	20 00	2,200 00
45	hidrocortisona 500 mg	500	40 00	20,000 00
46	hidroxido de aluminio 600 mg	1,375	21 00	28,875 00
47	hierro sulfato ferroso 125mg/ml	500	13 80	6,900 00
48	hierro sulfato ferroso 300 mg	42,500	0 39	16,575 00
49	Ibuprofeno 100 mg 15 mL	830	13 00	10,790 00
50	Ibuprofeno 600 mg	14,195	0 70	9,936 50
51	irbersartan 300 mg caja x30	7,665	2 18	16,709 70
52	Ketocoazol 2%	235	15 00	3,525 00
53	Lidocaina (clorhidrato) 2%	84	62 00	5208 00
54	Lidocaina epinefrina 2%	140	17 00	2380 00
55	Loratadina 1mg/ml 5mg/5mL	485	17 00	8,245 00
	VAN...			

50 tal. 18,551 al 21,050

SUBTOTAL L.

I.S.V. L.

TOTAL L.

Imputarse al programa 11/05 Actividad 006 Fondo 14 Cuenta 55 No #Proyecto
Lugar y Fecha: Morazán Yoro 14/07/23

Recibido Por:


Firma

(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras


Nombre en Letra de Molde

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



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO.

ORDEN DE COMPRA

Nº 019112



Señor: Corinfor SA DE CV

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

Lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	Costo Unitario	TOTAL
	VIENEN...			
56	Loxatodina 10 mg	5,000	0 45	2,250 00
57	Lubricante esteril K-V	39	55 00	2,145 00
58	Metoclopramida 5mg/ml	150	7 50	1,125 00
59	Metoclopramida 10mg	1,000	0 75	750 00
60	Metocarbamol 500 mg	7,320	0 85	1,122 00
61	Metronidazol benzoato 125 mg	25	14 00	350 00
62	Metronidazol 500 mg	1,000	0 85	850 00
63	Metronidazol 0.75% gel vaginal	15	90 00	1,350 00
64	Metformina clorhidrato 850 mg	17,550	0 65	11,407 50
65	Multivitaminas tarido folico 5mg	45,330	0 90	40,797 00
66	Multivitaminas adultas	42,500	0 60	25,500 00
67	Multivitaminas pediátricas	7,145	14 00	16,030 00
68	Nifedipina 20 mg	800	1 10	880 00
69	Nistatina 100.000 ul/ml	25	17 00	425 00
70	Nitrofurantoina 100mg	500	12 60	6,300 00
71	Oxitoxina 10 ul	175	18 00	3,150 00
72	Oxitetraciclina clorhidrato 5mg	125	38 00	4,750 00
73	Omeprazol 20 mg	14,180	0 80	11,344 00
	VAN...			

50 tal. 18,551 al 21,050

SUBTOTAL L.

I.S.V. L.

TOTAL L.

Imputarse al programa 11/05 Actividad 006 Fondo 14 Cuenta 55/10 #Proyecto _____
Lugar y Fecha: Morazán Yoro 14/07/23

Recibido Por: _____

Firma: 
COORDINACIÓN

(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

Mauricio F. Honda

Nombre en Letra de Molde

La original para el tesorero con la factura

La copia para el propietario del negocio. Deberá adjuntarla a la factura para que los auditores del impuesto constaten la veracidad



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO.

ORDEN DE COMPRA

Nº 019113



Señor: Corinbar SADECU

Sirvase entregar al portador Sr. Mardeny Aguilar

Lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	Costo Unitario	TOTAL
	VIENEN...			
74	Polimixina B5000 rUI+neomicina	145	40 00	5,800 00
75	Prednisona 5mg	1,555	0 60	933 00
76	Prednisona 50mg	1400	3 60	5,040 00
77	Propranolol 40mg	500	0 65	325 00
78	Penicilina procaina 4,000,000 UI	100	10 00	1,000 00
79	Penicilina Benzatinica 1,200,000	850	8 90	7,565 00
80	Ranitidina (clorhidrato) 50mg/2ml	75	8 50	637 50
81	Salbutamol (sulfato) 100 mcg	137	47 00	6,439 00
82	Salbutamol sulfato 5mg/ml	55	23 00	1,265 00
83	Salbutamol 2mg/5ml	115	11 00	1,265 00
84	Sulfadiazina de plata 10mg	145	25 00	3,625 00
85	Salicilato de metilo 5%	145	80 00	11,600 00
86	Tiamina vitamina B1 100mH/ml	75	33 00	2,475 00
87	Tiamina vitamina B1 100 mg	1425	0 70	997 50
88	Tinidazol 500mg	1500	0 70	1050 00
89	Trimetoprim 160mg 800mg	4,200	1 10	4,620 00
90	Trimetoprim Sulfametoxazol	500	15 00	7,500 00
91	Vitamina K1 Fitomenadiona 1mg	500	24 00	12,000 00
	VAN...			
SUBTOTAL L.				
I.S.V. L.				
TOTAL				

50 tal. 18,551 al 21,050

Imputarse al programa 11/05 Actividad 006 Fondo 14 Cuenta 55/10 #Proyecto
Lugar y Fecha: Morazán Yoro 14/07/23

Recibido Por:



 Firma: Mauricio F. Honda

(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

Mauricio F. Honda

Nombre en Letra de Molde

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

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

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

FACTURA

Sucursal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

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

RTN: 08019002265592

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

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

No. Factura: 000-004-01-00068392
No. Ref.
Fecha/Hora: 2/8/2023 13:14:23
Vendedor: Y-GONZALEZ
Términos: _____
O/C Exenta: _____
Constancia E/R: _____
Registro SAG: _____

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0080-F30H	FARMA	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) GOTAS FCCFRA	0	L.	17.00	100	L. 1,700.00 ✓
CFR0081-F120	FARMA	ACETAMINOFEN 120Mg JBE 120mL (HOSPITALFRA	0	L.	12.00	2,000	L. 24,000.00 ✓
CFR0002-U	FARMA	ACETAMINOFEN 500Mg TAB. UNIT.	UNI	0	L. 0.30	71,000	L. 21,300.00 ✓
CFR0122-U	FARMA	AAS/ASA 100Mg TAB. U.	UNI	0	L. 0.38	4,985	L. 1,894.30 ✓
CFR0083-U	FARMA	ACIDO FOLICO 1Mg TAB. UNIT.	UNI	0	L. 0.19	142,000	L. 26,980.00 ✓
PSA0016-F10	FARMA	AGUA ESTERIL 10mL AMP.	FRA	0	L. 5.25	199	L. 1,044.75 ✓
CFR0180-U	FARMA	ALFAMETILDOPA 500Mg TAB.	UNI	0	L. 3.60	75	L. 270.00 ✓
CFR0005-F100	FARMA	AMOXICOR SUSP. 100mL (HOSPITALARIO)	FRA	0	L. 33.00	2,000	L. 66,000.00 ✓
CFR0095-U	FARMA	AMOXICILINA 500Mg CAP. U.	UNI	0	L. 0.80	30,000	L. 24,000.00 ✓
CFR0250-T40	FARMA	PROCTOCAINE TUBO 40G	TUB	0	L. 50.00	85	L. 4,250.00 ✓
CFR0116-U	FARMA	ATENOLOL 100Mg TAB.	UNI	0	L. 0.44	5,660	L. 2,490.40 ✓
CFR0172-U	FARMA	AZITROMICINA TAB. 500Mg	UNI	0	L. 11.00	1,500	L. 16,500.00 ✓
CFR0284-T15H	FARMA	BETAMETASONA VALERATO CREMA 0.1% T-1TUB	0	L.	17.00	184	L. 3,128.00 ✓
CFR0338-F120	FARMA	CALAMINA SOLUCION TOPICA (HOSPITALAFRA	0	L.	22.00	85	L. 1,870.00 ✓
CFR0099-U	FARMA	CARBAMAZEPINA 200Mg TAB.	UNI	0	L. 0.80	115	L. 92.00 ✓
CFR0120-U	FARMA	CEFTRIAXONA 1G I.M./I.V. VIAL	UNI	0	L. 30.00	284	L. 8,520.00 ✓
CPL0031-U	FARMA	CIPROFLOXACINA 500Mg TAB.	UNI	0	L. 1.30	3,000	L. 3,900.00 ✓
CFR0212-U	FARMA	VAGITROL-C 500Mg OVULO (U.)	UNI	0	L. 11.00	120	L. 1,320.00 ✓
CFR0109-F10	FARMA	CLORANFENICOL GOTAS 10mL	FRA	0	L. 23.00	75	L. 1,725.00 ✓

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.

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

CAI: 2F501B-CAB0FF-554788-4AF70A-EF1AF6-2D

Sub-Total L. 210,984.45

Rango Autorizado: 000-004-01-00066101 A LA 000-004-01-00071100

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Fecha Límite Emisión: 21 DE MARZO DE 2024

Descuento L. 0.00

ORDEN DE COMPRA N° 019109

Importe Exonerado 0.00

VENTAS TEGUCIGALPA, HONDURAS, C.A.

Importe Exento L. 210,984.45

Autorizó _____ Despachó _____ Entregó _____

Importe Gravado L. 0.00

ODSANTOS

Impuesto 15% L. 0.00

Elaboró _____

Total L. 210,984.45

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 210,984.45

FECHA: ___/___/___

SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

FIRMA DEUDOR: _____

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Dos Cientos Diez Mil Novecientos Ochenta Cuatro Lempiras
con Cuarenta y Cinco Centavos

FIRMA CLIENTE

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

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

FACTURA

Sucursal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

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

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

No. Factura: 000-004-01-00068393

No. Ref.

Fecha/Hora: 2/8/2023 13:13:25

Vendedor: Y-GONZALEZ

Términos: _____

O/C Exenta: _____

Constancia E/R: _____

Registro SAG: _____

Cliente 1806ALC01 ALCALDIA MUNICIPAL MORAZAN YORO
FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO
Dirección FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO

Ciudad MORAZAN

Contacto:

RTN Cliente: 18069001010050

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
QFR0007-F2	FARMA	RELAX-INJECTA 10Mg/2mL IM/IV	FRA	0	L. 82.00	35	L. 2,870.00 ✓
ANP0015-F3	FARMA	DICLOFOR 75Mg/3mL (DICLOFENACO SODIC	FRA	0	L. 3.00	950	L. 2,850.00 ✓
KRN0005-U	FARMA	DIAZEPAN 10Mg TAB.	UNI	0	L. 5.00	2,000	L. 10,000.00 ✓
PHI0048-U	FARMA	DICLOXACILINA 500Mg (PHAR) CAP	UNI	0	L. 3.50	85	L. 297.50 ✓
CFR0030-F120	FARMA	HISTAFED JBE. 120mL (HOSPITALARIO)	FRA	0	L. 14.00	141	L. 1,974.00 ✓
CFR0027-U	FARMA	HISTAFED 50Mg CAP. U.	UNI	0	L. 0.85	2,000	L. 1,700.00 ✓
CFR0204-U	204 2001	DIFENAC-K 50Mg CAP.	UNI	0	L. 0.50	1,750	L. 875.00 ✓
PHI0506-U	FARMA	DOXICICLINA 100Mg	UNI	0	L. 1.30	5,563	L. 7,231.90 ✓
CFR0089-U	PHARMA	ENALAPRIL 20Mg TAB.	UNI	0	L. 0.35	3,749	L. 1,312.15 ✓
PHI0052-U	FARMA	ERITROMICINA 500Mg TAB. U.	UNI	0	L. 2.50	1,000	L. 2,500.00 ✓
CFR0170-FPS6	170-2303	ERITROMICINA SUSP. 200Mg/60mL (HOSPI	FRA	0	L. 27.00	100	L. 2,700.00 ✓
CFR0227-U	FARMA	FENITOINA 100Mg CAP.	UNI	0	L. 1.00	1,000	L. 1,000.00 ✓
CFR0236-U	FARMA	FLUCONAZOL 150Mg CORINFAR CAP.	UNI	0	L. 4.80	750	L. 3,600.00 ✓
CFR0066-U	FARMA	FLUOR 1Mg TAB.	UNI	0	L. 0.50	2,220	L. 1,110.00 ✓
FMN0012-U	FARMA	FENOBARBITAL 100Mg TAB.	UNI	0	L. 1.50	10,000	L. 15,000.00 ✓
AFR0015-F2	FARMA	FUROSEMIDA VIAL 10Mg/2mL	FRA	0	L. 8.00	300	L. 2,400.00 ✓
CPL0012-U	FARMA	FUROSEMIDA 40Mg TAB. U.	UNI	0	L. 0.45	7,350	L. 3,307.50 ✓
AFR0071-F2	FARMA	ANDIGENT A-40 40Mg AMPOLLA 2mL	FRA	0	L. 20.00	105	L. 2,100.00 ✓

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.

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

CAI: 2F501B-CAB0FF-554788-4AF70A-EF1AF6-2D

Sub-Total L. 62,828.05

Rango Autorizado: 000-004-01-00066101 A LA 000-004-01-00071100

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Fecha Límite Emisión: 21 DE MARZO DE 2024

Descuento L. 0.00

ORDEN DE COMPRA N° 019110

Importe Exonerado 0.00

Autorizó

Despachó

Entregó

ODSANTOS

Elaboró

Importe Exento L. 62,828.05

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 62,828.05

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 62,828.05

FECHA: ___/___/___

SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

FIRMA DEUDOR: _____

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS
Sesenta Dos Mil Ocho Cientos Veinte Ocho Lempiras
con Cinco Centavos

FIRMA CLIENTE

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

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Sucursal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

FACTURA

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

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

No. Factura: 000-004-01-00068394

No. Ref.

Fecha/Hora: 2/8/2023 13:12:21

Vendedor: Y-GONZALEZ

Términos: _____

O/C Exenta: _____

Constancia E/R: _____

Registro SAG: _____

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

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CPL0058-C1	FARMA	GENTAMICINA 80Mg/2mL AMP. 2mL	CAJ	0	L. 6.00	140	L. 840.00 ✓
AFR0017-F5	FARMA	ANDIGENT COLIRIO (GENTAMICINA) GOTAS	FRA	0	L. 70.00	22	L. 1,540.00 ✓
CFR0090-U	FARMA	GLIBENCLAMIDA 5Mg TAB.	UNI	0	L. 0.21	12,500	L. 2,625.00 ✓
DIG0002-F1	FARMA	HIOSCINA 20Mg (ANTIESPASMODICO) FCO.	FRA	0	L. 14.00	150	L. 2,100.00 ✓
CFR0056-U	FARMA	ANTIESPASMODICO 5Mg. TAB	UNI	0	L. 1.60	2,500	L. 4,000.00 ✓
CFR0149-U	FARMA	HIDROCLOROTIAZIDA 25Mg TAB.	UNI	0	L. 0.45	1,750	L. 787.50 ✓
CFR0150-FPI	FARMA	HIDROCORTISONA 100Mg VIAL	PAC	0	L. 20.00	110	L. 2,200.00 ✓
CFR0088-FPI	FARMA	HIDROCORTISONA 500Mg VIAL	FRA	0	L. 40.00	500	L. 20,000.00 ✓
CFR0277-F180	FARMA	HIDROXICOR SUSP. X 180 mL (HOSPITALAR)	FRA	0	L. 21.00	1,375	L. 28,875.00 ✓
CFR0233-F30H	FARMA	SULFATO FERROSO GOTAS 30mL (HOSPITALAR)	FRA	0	L. 13.80	500	L. 6,900.00 ✓
ANP0012-U	FARMA	HEMOFER 300Mg (SULFATO FERROSO) UNII	UNI	0	L. 0.39	42,500	L. 16,575.00 ✓
CFR0031-F100	FARMA	IBUMETIN JBE. 100mL (HOSPITALARIO)	FRA	0	L. 13.00	830	L. 10,790.00 ✓
PHI0027-U	FARMA	IBUPROFENO 600Mg TAB.	UNI	0	L. 0.70	14,195	L. 9,936.50 ✓
CFR0220-U	FARMA	IRBESARTAN 300Mg TABL.	UNI	0	L. 2.18	7,665	L. 16,709.70 ✓
CFR0156-T20	FARMA	KETOCOR 2% CREMA 20G	TUB	0	L. 15.00	235	L. 3,525.00 ✓
PSA0014-F50	FARMA	PISACAINA 2% SIMPLE FCO. 50mL	FRA	0	L. 62.00	84	L. 5,208.00 ✓
PSA0002-F50	FARMA	PISACAINA C/EPINEFRINA 50mL	FRA	0	L. 17.00	140	L. 2,380.00 ✓
CFR0033-F100	FARMA	LORAFAR JBE. 100mL (HOSPITALARIO)	FRA	0	L. 17.00	485	L. 8,245.00 ✓

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.

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

CAI: 2F501B-CAB0FF-554788-4AF70A-EF1AF6-2D

Sub-Total L. 143,236.70

Rango Autorizado: 000-004-01-00066101 A LA 000-004-01-00071100

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Fecha Límite Emisión: 21 DE MARZO DE 2024

Descuento L. 0.00

ORDEN DE COMPRA N° 019111

Importe Exonerado 0.00

VENTAS
TEGUCIGALPA, HONDURAS, C.A.

ODSANTOS

Autorizó _____ Despachó _____ Entregó _____

Elaboró _____

Importe Exento L. 143,236.70

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 143,236.70

ACEPTADA SIN PROTESTO: LETRA NO. 1/1 POR L. 143,236.70

FECHA: ___/___/___

SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

FIRMA DEUDOR: _____

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Ciento Cuarenta Tres Mil Dos Cientos Treinta Seis Lempiras
con Setenta Centavos

FIRMA CLIENTE

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

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

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

RTN: 08019002265592

FACTURA

Sucursal

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

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

No. Factura: 000-004-01-00068395
No. Ref.
Fecha/Hora: 2/8/2023 13:11:39
Vendedor: Y-GONZALEZ
Términos: _____
O/C Exenta: _____
Constancia E/R: _____
Registro SAG: _____

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0034-U	FARMA	LORAFAR 10Mg TAB. U.	UNI	0	L. 0.45	5,000	L. 2,250.00 ✓
PRM0001-T113	FARMA	GEL LUBRICANTE ESTERIL TUBO 113G	TUB	0	L. 55.00	39	L. 2,145.00 ✓
BPH0002-F2	FARMA	METOCLOPRAMIDA 5Mg/mL AMPOLLA 2mL	FRA	0	L. 7.50	150	L. 1,125.00 ✓
CFR0158-U	FARMA	METOCLOPRAMIDA 10Mg	UNI	0	L. 0.75	1,000	L. 750.00 ✓
CFR0203-U	FARMA	METOCARBAMOL 500Mg TAB.	UNI	0	L. 0.85	1,320	L. 1,122.00 ✓
CFR0036-F120	FARMA	METRODIN 125 SUSP. 120mL (HOSPITALAFFRA	0	L. 14.00	25	L. 350.00 ✓	
CFR0039-U	FARMA	METRODIN 500 TAB.	UNI	0	L. 0.85	1,000	L. 850.00 ✓
AFR0053-T50	PHARMA	ANDIZOL 0.75% GEL 50 GRAMOS TUBO	TUB	0	L. 90.00	15	L. 1,350.00 ✓
CFR0175-U	FARMA	METFORMINA 850Mg TAB.	UNI	0	L. 0.65	17,550	L. 11,407.50 ✓
CFR0287-U	FARMA	COMPLEVIT FEMME CAP. (PRENATAL)	UNI	0	L. 0.90	45,330	L. 40,797.00 ✓
CFR0012-U	FARMA	COMPLEVIT CAP.	UNI	0	L. 0.60	42,500	L. 25,500.00 ✓
CFR0013-F120	FARMA	COMPLEVIT JBE. 120mL (HOSPITALARIO)	FRA	0	L. 14.00	1,145	L. 16,030.00 ✓
CFR0162-U	FARMA	NIFEDIPINA 20Mg TAB. U.	UNI	0	L. 1.10	800	L. 880.00 ✓
CFR0181-F30H	181-2302	NISTATINA GOTAS SUSP. FCO. 30mL (HOS	FRA	0	L. 17.00	25	L. 425.00 ✓
PLL0095-U	PHARMA	NYVU RETARD UNIDAD	UNI	0	L. 12.60	500	L. 6,300.00 ✓
PSA0011-F1	B16E126	OXITOPISA 5 U.I. AMP. 1mL	FRA	0	L. 18.00	175	L. 3,150.00 ✓
AFR0031-T5	FARMA	VEXIN PLUS UNGÜENTO 5G U.	TUB	0	L. 38.00	125	L. 4,750.00 ✓
CFR0228-U	FARMA	PRAZIDEC O- 20 CAP.	UNI	0	L. 0.80	14,180	L. 11,344.00 ✓

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.

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

CAI: 2F501B-CAB0FF-554788-4AF70A-EF1AF6-2D

Sub-Total L. 130,525.50

Rango Autorizado: 000-004-01-00066101 A LA 000-004-01-00071100

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Fecha Límite Emisión: 21 DE MARZO DE 2024

Descuento L. 0.00

ORDEN DE COMPRA N° 019112

Importe Exonerado 0.00

Autorizó _____ Despachó _____

ODSANTOS

Entregó _____

Elaboró _____

Importe Exento L. 130,525.50

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 130,525.50

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 130,525.50

FECHA: ____/____/____

SE SERVIRA USTED A PAGAR

ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Ciento Treinta Mil Quinientos Veinte Cinco Lempiras
con Cincuenta Centavos

FIRMA DEUDOR: _____

FIRMA CLIENTE

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

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,

Intersección con anillo Periférico,

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

RTN: 08019002265592

FACTURA

Sucursal

Edificio 504 Local 1

Ave. Junior 5 y 6 Calle N.E.

Tel: +504 2550-0033/34/47

Cliente 1806ALC01 ALCALDIA MUNICIPAL MORAZAN YORO

FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO

Dirección FRENTE AL PARQUE CENTRAL, BARRIO EL CENTRO

Ciudad MORAZAN

Contacto:

RTN Cliente: 18069001010050

No. Factura: 000-004-01-00068396

No. Ref.

Fecha/Hora: 2/8/2023 13:11:01

Vendedor: Y-GONZALEZ

Términos:

O/C Exenta:

Constancia E/R:

Registro SAG:

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0272-T20	FARMA	NEOCIDIN UNGUENTO 20G	TUB	0	L. 40.00	145	L. 5,800.00
CFR0082-U	FARMA	PREDNISONA 5Mg TAB.	UNI	0	L. 0.60	1,555	L. 933.00
CFR0092-U	FARMA	PREDNISONA 50Mg TAB.	UNI	0	L. 3.60	1,400	L. 5,040.00
CFR0167-U	FARMA	PROPRANOLOL 40Mg TAB. U.	UNI	0	L. 0.65	500	L. 325.00
CFR0164-FPI	FARMA	PENICILINA PROCAINICA 4.OMEGA	FRA	0	L. 10.00	100	L. 1,000.00
CFR0163-FPI	FARMA	PENICILINA BENZATINICA 1.2	FRA	0	L. 8.90	850	L. 7,565.00
CPL0078-U	FARMA	RANITIDINA AMPOLLA 50Mg FCO. 2mL	FRA	0	L. 8.50	75	L. 637.50
BLX0005-C1	FARMA	SALBUTAMOL INHALADOR 100MCG / FCO. 2FRA	FRA	0	L. 47.00	137	L. 6,439.00
CFR0191-F15H	PHARMA	CORIBUTOL SOL. P/ NEBULIZAR 15mL (HCFRA	FRA	0	L. 23.00	55	L. 1,265.00
CFR0018-F120	FARMA	CORIBUTOL JBE. 120mL (HOSPITALARIO)	FRA	0	L. 11.00	115	L. 1,265.00
CFR0126-T20	FARMA	SULF. DE PLATA 1% CREMA 20G	TUB	0	L. 25.00	145	L. 3,625.00
CFR0054-F454	FARMA	SALICILATO DE METILO TARRO 1LB	FRA	0	L. 80.00	145	L. 11,600.00
FLY0095-F10	FARMA	TIAMINA 100Mg VIAL 10mL S/CAJA	FRA	0	L. 33.00	75	L. 2,475.00
CFR0068-U	FARMA	VITAMINA B1 (TIAMINA) 100Mg	UNI	0	L. 0.70	1,425	L. 997.50
CFR0049-U	FARMA	TINIDAZOL 500Mg TAB. UNIT.	UNI	0	L. 0.70	1,500	L. 1,050.00
CFR0130-U	1302101	TRISULFAM FORTE 160/800 TAB. U	UNI	0	L. 1.10	4,200	L. 4,620.00
CFR0050-F120	FARMA	TRISULFAM SUSP. 120mL (HOSPITALARIO)	FRA	0	L. 15.00	500	L. 7,500.00
SLP0003-F1	FARMA	VITAMINA K AMPOLLA 10Mg FCO. 1 mL	FRA	0	L. 24.00	500	L. 12,000.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.

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

CAI: 2F501B-CAB0FF-554788-4AF70A-EF1AF6-2D

Rango Autorizado: 000-004-01-00066101 A LA 000-004-01-00071100

Fecha Límite Emisión: 2 DE MARZO DE 2024

ORDEN DE COMPRA N° 019113

Sub-Total L. 74,137.00

Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Descuento L. 0.00

Importe Exonerado 0.00

Importe Exento L. 74,137.00

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 74,137.00

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 74,137.00

FECHA: ___ / ___ / ___

SE SERVIRA USTED A PAGAR

ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

FIRMA DEUDOR: _____

Setenta Cuatro Mil Ciento Treinta Siete Lempiras

y Cero Centavos

FIRMA CLIENTE

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

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Sucursal

Calle Hacia La Represa Los Laureles,
Intersección con anillo Periférico,

FACTURA

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

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

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

No. Factura: 000-004-01-00068397
No. Ref.
Fecha/Hora: 2/8/2023 13:09:57
Vendedor: Y-GONZALEZ
Términos: _____
O/C Exenta: _____
Constancia E/R: _____
Registro SAG: _____

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0215-F120	FARMA	CORIZINC JBE. 120mL (HOSPITALARIO)	FRA	0	L. 19.00	125	L. 2,375.00 ✓

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA.

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

CAI: 2F501B-CAB0FF-554788-4AF70A-EF1AF6-2D

Sub-Total L. 2,375.00

Rango Autorizado: 000-004-01-00066101 A LA 000-004-01-00071100

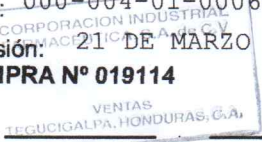
Dto. Línea/3ra. Edad L. 0.00

Fecha Límite Emisión: 21 DE MARZO DE 2024

Descuento L. 0.00

ORDEN DE COMPRA N° 019114

Importe Exonerado 0.00



Autorizó _____ Despachó _____ Entregó _____

ODSANTOS

Elaboró _____

Importe Exento L. 2,375.00

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 2,375.00

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 2,375.00

FECHA: ____/____/____

SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

FIRMA DEUDOR: _____

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS
Dos Mil Tres Cientos Setenta Cinco Lempiras
y Cero Centavos

FIRMA CLIENTE