



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO.

ORDEN DE COMPRA

Nº 018897



Señor: Coriofar SA de CV

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

Lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	Costo Unitario	TOTAL
1	Acetaminofen 100mg/ml gotas	100	17 00	1700 00
2	Acetaminofen 120 mg / 5ml	2000	12 00	24,000 00
3	Acetaminofen 500 mg	71,000	0 30	21,300 00
4	Acido acetil salicilico 100mg	4985	0 38	1894 30
5	Acido folico 1mg	142,000	0 19	26,980 00
6	Agua Destilada 10ml	200	5 25	1050 00
7	Alfametildopa 500 mg	75	3 60	270 00
8	Amoxicilina (trihidrato) 250mg/5	2000	33 00	66,000 00
9	Amoxicilina (trihidrato) 500mg	30,000	0 80	24,000 00
10	Anestésico local + corticosteroide	85	50 00	4250 00
11	Atenolol 100 mg	5,660	0 44	2490 40
12	Azitiomicina 500 mg	1500	11 00	16,500 00
13	Betametasona (valerato) 0,11.	184	17 00	3128 00
14	Calamina al 8% equiva 8g / 100ml	85	22 00	1870 00
15	Carbamacepina 200 mg	115	0 80	92 00
16	Ceftriaxona sodica 500mg	284	30 00	8,520 00
17	Ciprofloxacina 500 mg clorhidrato	3000	1 30	3900 00
18	clotrimazol 500 mg	120	11 00	1320 00
19	cloranfenicol 0,5% gota	75	23 00	1725 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 5510 #Proyecto _____
Lugar y Fecha: Morazan yoro 31/03/23

Recibido Por: [Firma]
Firma



(Sello) [Firma]
(F) Alcalde Municipal y Encargado de Compras
Marcela Discua
Nombre en Letra de Molde



La original para el tesoro 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 018898



Señor: Cortés SA de CV

Sírvase entregar al portador Sr. Marlen Aguilar

Lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	Costo Unitario	TOTAL
	VIENEN.			
20	Diazepam 5mg/ml (10mg)	35	82 00	2870 00
21	Diclofenaco sodico 25mg/ml 75mg	950	3 00	2850 00
22	Diazepam 5mg/ml 10mg	2000	5 00	10,000 00
23	Dicloxacilina sodica 500mg	85	3 50	297 50
24	Difenhidramina 2.5 mg/ml	142	14 00	1988 00
25	Difenhidramina 50mg	2000	0 85	1700 00
26	Diclofenaco sodico 25mg/ml	1750	0 50	875 00
27	Doxiciclina clorhidrato o biclato 100mg	5563	1 30	7231 90
28	Enalapril maltrato 20mg	3750	0 35	1312 50
29	Eritromicina 500mg	1000	2 50	2500 00
30	Eritromicina 250mg 15ml	100	27 00	2700 00
31	Fenitoina sodica 100mg	1000	1 00	1000 00
32	Fluconazol 150mg	750	4 80	3600 00
33	Fluoruro de sodio 2.2mg	2220	0 50	1110 00
34	Fenobarbital sodico 100mg	10,000	1 50	15,000 00
35	Furosemida 10 mg/ml	300	8 00	2400 00
36	Furosemida 40mg	7350	0 45	3307 50
37	Gentamicina 40mg/ml sulfato	105	20 00	2100 00
	VAN...			

50 tal. 18,551 al 21,050

SUBTOTAL L.

I.S.V. L.

TOTAL L.

Imputarse al programa 11105 Actividad ode Fondo 14 Cuenta 55110 #Proyecto
Lugar y Fecha: Morazán Yoro 31/03/23

Recibido Por:



Firma

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

(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras



Manuel A. Disera

Nombre en Letra de Molde



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO.

ORDEN DE COMPRA

Nº 018899



Señor: Corinfar SA de CV

Sírvase entregar al portador Sr. Marley 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%	23	70 00	1610 00
40	Glibenclamida 5mg	12,500	0 21	2625 00
41	Hioscina butilbromuro 20mg/ml	150	14 00	2100 00
42	Hioscina butilbromuro 10mg	2500	1 60	4000 00
43	hidroclorotiazida 25mg	1750	0 45	787 50
44	hidrocortizona /succinato sodico 100mg	110	20 00	2200 00
45	hidrocortizona 500mg	500	40 00	20,000 00
46	Hidroxido de Aluminio 600mg	1375	21 00	28,875 00
47	Hierro (sulfato ferroso 125mg/ml)	500	13 80	6900 00
48	Hierro (sulfato ferroso 300mg)	42500	0 39	16,575 00
49	IBuprofeno 100 mg / 5 ml	830	13 00	10,790 00
50	ibuprofeno 400 mg	14,195	0 70	9936 50
51	irbersartan 300 mg (caja x 30)	7,665	2 18	16,709 70
52	Ketoconazol 2%.	235	15 00	3525 00
53	Lidocaina (clorhidrato) sin vasoconstriccion	84	62 00	5,208 00
54	Lidocaina (clorhidrato) + epinefrina 2%.	140	17 00	2,380 00
55	Loratadina 1mg/ml	485	17 00	8245 00
	VAN...			

50 tal. 18,551 al 21,050

SUBTOTAL L.

I.S.V. L.

TOTAL L.

Imputarse al programa 11105 Actividad 006 Fondo 14 Cuenta 55110 #Proyecto
Lugar y Fecha: Morazan yoro 31/03/23

Recibido Por:

Firma

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

(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

Manuel A. Disua

Nombre en Letra de Molde





MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO.

ORDEN DE COMPRA

Nº 018900



Señor: Corinfac SA de CV

Sirvase entregar al portador Sr. Marlean Aguilar

Lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	Costo Unitario	TOTAL
	VIENEN...			
56	Loratadina 10 mg	5,000.	0.45	2,250.00
57	Lubricante esteril (K-y)	40	55.00	2,200.00
58	Metoclopramida 5mg/ML	150	7.50	1,125.00
59	Metoclopramida 10Mg	1000	0.75	750.00
60	Metocarbamol 500 mg	1320	0.85	1,122.00
61	Metronidazol (benzoato)	25	14.00	350.00
62	Metronidazol 500 Mg	1000	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 + acido folico	45,330	0.90	40,797.00
66	Multivitaminas Adultas	42,500	0.60	25,500.00
67	Multivitaminas Pediatricas	1,145	14.00	16,030.00
68	Nifedipina 20mg	800	1.10	880.00
69	Nistatina 100.000 u/ml	25	17.00	425.00
70	Nitrofurantoina 100mg	500	12.60	6,300.00
71	Oxitoxina 10 VI	175	18.00	3,150.00
72	Oxitetraclina (clorhidrato) 5mg/g	125	38.00	4,750.00
73	Omeprazol 20 mg	14180	0.80	11,344.00
	VAN...			

50 tal. 18,551 al 21,050

SUBTOTAL L.

I.S.V. L.

TOTAL L.

Imputarse al programa 11105 Actividad 006 Fondo 14 Cuenta 55110 #Proyecto
Lugar y Fecha: Morazan yoro 31/03/23

Recibido Por:

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



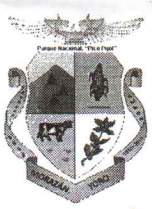
(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

Marcela Discua

Nombre en Letra de Molde





MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN

DEPARTAMENTO DE YORO.

ORDEN DE COMPRA

Nº 018902



Señor: Corinfar SA de CV

Sirvase entregar al portador Sr. Maricar Aguilar

Lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	Costo Unitario	TOTAL
	VIENEN..			
74	Polimixina B 5000 UI + neomicina	145	40.00	5800.00
75	Prednisona 5 mg	1555	0.60	933.00
76	Prednisona 50 mg	1,400	3.60	5,040.00
77	Propranonol 40 mg	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	138	47.00	6,486.00
82	Salbutamol (sulfato) 5mg/ml	55	23.00	1,265.00
83	Salbutamol 2 mg/5ml	115	11.00	1265.00
84	Sulfadiazina de plata 10mg/g	145	25.00	3625.00
85	Salicilato de metilo 5%.	145	80.00	11,600.00
86	Tiamina (vitamina B1) 100 MH/ML	75	33.00	2,475.00
87	Tiamina (vitamina B1) (clorhidrato) 100mg	1425	0.70	997.50
88	Tinidazol 500 mg	1500	0.70	1,050.00
89	Trimetoprim 160 mg + Sulfametoxazol	4200	1.10	4620.00
90	Trimetoprim Sulfametoxazol	500	15.00	7500.00
91	Vitamina K1 (fitomenadiona)	500	24.00	12,000.00
92	Sulfato de zinc	125	19.00	2,375.00
SUBTOTAL L.				
I.S.V. L.				
TOTAL L.				624,278.30

50 tal. 18,551 al 21,050

Imputarse al programa 11/05 Actividad oeb Fondo 14 Cuenta 55/10 #Proyecto
Lugar y Fecha: Morazan Yoro 31/03/23

Recibido Por: [Firma]

Firma



(Sello)

(F) Alcalde Municipal Encargado de Compras

Manuel A Disco

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

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

FACTURA

Sucursal

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: 000-004-01-00066497

No. Ref.

Fecha/Hora: 18/4/2023 13:03:23

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
CFR0080-F30H	FARMA	ACETAMINOFEN (PARACETAMOL) GOTAS FCC	FRA	0	L. 17.00	100	L. 1,700.00
CFR0081-F120	FARMA	ACETAMINOFEN 120mg Jbe 120mL(H)	FRA	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
CFR0022-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	200	L. 1,050.00
CFR0180-U	FARMA	ALFAMETILDOPA 500mg Tab.	UNI	0	L. 3.60	75	L. 270.00
PHI0016-F100	FARMA	AMOXICILINA 250mg/5mL 100mL	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-TUB	TUB	0	L. 17.00	184	L. 3,128.00
CFR0338-F120	FARMA	CALAMINA SOLUCION TOPICA	FRA	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-F3.5	FARMA	CEFTRIAXONA VIAL 1GRAMO+ LIDOCAINA	FRA	0	L. 30.00	284	L. 8,520.00
CFR0071-U	FARMA	CIPROFLOXACINA 500mg U. (H)	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
BSN0002-F2	FARMA	DIAZEPAM 10mg Amp. 2mL	FRA	0	L. 82.00	35	L. 2,870.00
ANP0015-F3	FARMA	DICLOFOR 75MG/3ML (DICLOFENACO SODI)	FRA	0	L. 3.00	950	L. 2,850.00
K0009-U	FARMA	DIAZAM 10mg Tab.	UNI	0	L. 5.00	2,000	L. 10,000.00
P0048-U	FARMA	DICLOXACILINA 500mg (Phar) Cap	UNI	0	L. 3.50	85	L. 297.50
CFR0030-F120	FARMA	HISTAFED Jbe. 120mL (H)	FRA	0	L. 14.00	142	L. 1,988.00
CFR0027-U	FARMA	HISTAFED 50mg Cap. U.	UNI	0	L. 0.85	2,000	L. 1,700.00

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. 230,695.20

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

Importe Exonerado 0.00

Importe Exento L. 230,695.20

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 230,695.20

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 230,695.20

FECHA: ___/___/___

SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

FIRMA DEUDOR: _____

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Dos Cientos Treinta Mil Seis Cientos Noventa Cinco Lempiras
con Veinte 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: 000-004-01-00066498

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

No. Ref.

Fecha/Hora: 18/4/2023 13:04:08

Vendedor: Y-GONZALEZ

Ciudad MORAZAN

Términos: _____

Contacto:

O/C Exenta: _____

RTN Cliente: 18069001010050

Constancia E/R: _____

Registro SAG: _____

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0204-U	204 2001	DIFENAC-K 50MG CAPSULAS	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 TABLETA	UNI	0	L. 0.35	3,750	L. 1,312.50
PHI0052-U	FARMA	ERITROMICINA 500mg Tab. U.	UNI	0	L. 2.50	1,000	L. 2,500.00
CFR0170-FPS6	FARMA	ERITROMICINA Susp. 200mg/60mL	FRA	0	L. 27.00	100	L. 2,700.00
CFR0227-U	FARMA	FENITOINA 100MG CAPSULA	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
CFR0223-U	FARMA	FUROSEMIDA 40mg Tableta	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
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	23	L. 1,610.00
CFR0090-U	FARMA	GLIBENCLAMIDA 5mg Tab.	UNI	0	L. 0.21	12,500	L. 2,625.00
ANP0014-F1	FARMA	HIOSCINA 20MG/ML INYECTABLE AMPOLLA	FRA	0	L. 14.00	150	L. 2,100.00
CFR0151-U	FARMA	Spagesic-H 10mg Tableta	UNI	0	L. 1.60	2,500	L. 4,000.00
CFR0149-U	FARMA	HIDROCLOROTIAZIDA 25mg Tabs.	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 HOSP	FRA	0	L. 21.00	1,375	L. 28,875.00
CFR0233-F30H	FARMA	SULFATO FERROSO Gotas 30mL (H)	FRA	0	L. 13.80	500	L. 6,900.00
ANP0012-U	FARMA	HEMOFER 300MG (SULFATO FERROSO)	UNI	0	L. 0.39	42,500	L. 16,575.00
CFR0031-F100	FARMA	IBUMETIN Jbe. 100mL (H)	FRA	0	L. 13.00	830	L. 10,790.00
CFR0105-U	FARMA	IBUMETIN 600mg Caplet U.	UNI	0	L. 0.70	14,195	L. 9,936.50

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-CABOFF-554788-4AF70A-EF1AF6-2D

Sub-Total L. 150,375.90

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

Importe Exonerado 0.00

Importe Exento L. 150,375.90

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 150,375.90

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 150,375.90

FECHA: ____/____/____

SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

FIRMA DEUDOR: _____

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS
Ciento Cincuenta Mil Tres Cientos Setenta Cinco Lempiras
con Noventa 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 2229-9091 E-mail: info@corinfar.com
RTN: 08019002265592

Tel: +504 2550-0033/34/47

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

No. Factura: 000-004-01-00066499
No. Ref.
Fecha/Hora: 18/4/2023 13:04:47
Vendedor: Y-GONZALEZ
Términos: _____
O/C Exenta: _____
Constancia E/R: _____
Registro SAG: _____

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
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
PS0014-F50	FARMA	PISACAINA 2% SIMPLE Fco. 50mL	FRA	0	L. 62.00	84	L. 5,208.00
PS0008-F1	PHARMA	PINADRINA (EPINEFRINA) 1mg/1mL	UNI	0	L. 17.00	140	L. 2,380.00
CFR0033-F100	FARMA	LORAFAR Jbe. 100mL (H)	FRA	0	L. 17.00	485	L. 8,245.00
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	40	L. 2,200.00
DLB0002-F2	FARMA	METOCLOPRAMIDA IM/IV 5MG/ML AMPOLLA	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 (H)	FRA	0	L. 14.00	25	L. 350.00
CFR0039-U	FARMA	METRODIN 500 Tableta	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 (H)	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	PHARMA	NISTATINA GOTAS SUSP. FRASCO 30ML	FRA	0	L. 17.00	25	L. 425.00
MK0034-U	FARMA	NITROFURANTOINA 100MG 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
CFR0031-T5	FARMA	VEXIN PLUS Ungüento 5g U.	TUB	0	L. 38.00	125	L. 4,750.00
CFR00228-U	FARMA	PRAZIDEC O- 20 Capsula	UNI	0	L. 0.80	14,180	L. 11,344.00
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

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-CABOFF-554788-4AF70A-EF1AF6-2D
Rango Autorizado: 000-004-01-00066101 A LA 000-004-01-00071100
Fecha Límite Emisión: 21 DE MARZO DE 2024

Sub-Total	L. 173,381.20
Dto. Línea/3ra. Edad	L. 0.00
Descuento	L. 0.00
Importe Exonerado	0.00
Importe Exento	L. 173,381.20
Importe Gravado	L. 0.00
Impuesto 15%	L. 0.00
Total	L. 173,381.20

Autorizó _____
 Despachó _____
 Entregó _____
 Elaboró ODSANTOS

ACEPTADA SIN PROTESTO:

FECHA: ___/___/___

FIRMA DEUDOR: _____

LETRA NO. 1/1 POR L. 173,381.20
SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO
A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS
Ciento Setenta Tres Mil Tres Cientos Ochenta Un Lempiras
con Veinte Centavos

FIRMA CLIENTE

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

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN

SAN PEDRO SULA

Oficina Principal

Sucursal

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

FACTURA

Edificio 504 Local 1
Ave. Junior 5 y 6 Calle N.E.

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

Tel: +504 2550-0033/34/47

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

No. Factura: 000-004-01-00066500
No. Ref.
Fecha/Hora: 18/4/2023 13:05:22
Vendedor: Y-GONZALEZ
Términos: _____
O/C Exenta: _____
Constancia E/R: _____
Registro SAG: _____

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0092-U	FARMA	PREDNISONA 50mg Tableta	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 4.0Mega	FRA	0	L. 10.00	100	L. 1,000.00
UL009-U	FARMA	PENICILINA BENZATINICA 1.2 MEGA	UNI	0	L. 8.90	850	L. 7,565.00
ANP0017-F2	FARMA	RANITIDINA 50MG/2ML INYECTABLE AMPC	FRA	0	L. 8.50	75	L. 637.50
CPL0061-C1	FARMA	SALBUTAMOL 100mcg INH.	CAJ	0	L. 47.00	138	L. 6,486.00
CFR0191-F15H	PHARMA	CORIBUTOL SOL. P/ NEBULIZAR 15ML	FRA	0	L. 23.00	55	L. 1,265.00
CFR0018-F120	FARMA	CORIBUTOL Jbe. 120mL (H)	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
CFR0064-U	FARMA	TRISULFAM 480mg Tab. U.	UNI	0	L. 1.10	4,200	L. 4,620.00
CFR0050-F120	FARMA	TRISULFAM Susp. 120mL (H)	FRA	0	L. 15.00	500	L. 7,500.00
SLP0003-F1	FARMA	VITAMINA K AMPOLLA 10MG FRASCO 1 ML	FRA	0	L. 24.00	500	L. 12,000.00
CFR0215-F120	FARMA	CORIZINC Jbe. 120mL (Hosp.)	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. 69,826.00

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

Importe Exonerado 0.00

Importe Exento L. 69,826.00

Importe Gravado L. 0.00

Impuesto 15% L. 0.00

Total L. 69,826.00

Autorizó _____

Despachó _____

Entregó _____

ODSANTOS

Elaboró

ACEPTADA SIN PROTESTO:

LETRA NO. 1/1 POR L. 69,826.00

FECHA: ____/____/____

SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO

A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS

Sesenta Nueve Mil Ocho Cientos Veinte Seis Lempiras
y Cero Centavos

FIRMA DEUDOR: _____

FIRMA CLIENTE