

Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

**ORDEN DE PAGO**

No. 133122

Cheque No.

FECHA: PUERTO CORTES, 22 DE FEBRERO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: MIRIAM RODRIGUEZ

Valor L.

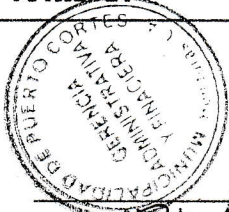
\*\*\*\*\*5,500.00

La suma de:

\*\*\*\* CINCO MIL QUINIENTOS CON 00/100 \*\*\*\*

PAGO POR ALIMENTACION EN SECCIONES DE LA COMISION COMUNITARIA DE SALUD LOS DIAS 28/09/15, 16/11/15, 18/01/16 Y 05/02/16 FONDOS PROVENIENTES DE LA TASA DE SALUD

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripcion	Debe	Haber
03-01-533	5,500.00	503-01-533	0050871	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	5,500.00	0.00
<b>TOTAL L.</b>	<b>5,500.00</b>				<b>5,500.00</b>	<b>0.00</b>
				<b>TOTAL L.</b>		<b>5,500.00</b>



Firma de Administrador

Firma del Tesorero

*Miriam Rodriguez*  
Firma Interesado

**REVISION CONTABILIDAD**

DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: N/D

Contrato/Addenda: N/D

Garantias: N/D

Req. Solicitud:

Cotizaciones: N/D

Comp. de Ent Acta: N/D

Informe Ing/Rep/CK: N/D

Factura Recibos:

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

0506146601154  
Identidad

Solvencia Municipal No.



Firma del Contador

2016 renamorado

Revisó

*[Signature]*

# Costa's Food

Propietaria: Miriam Rodriguez Cañas

RTN. 05061966011549

B° El Centro, 2 Ave, 4 Calle, Puerto Cortes, Honduras C.A.

Tel: 2665-0664

Correo: omarrrodriguez0972@hotmail.com

CAI: C25A12-F99CFF-2A47AC-0FA91D-5BC229-16

Día	Mes	Año
05	02	2016

Cliente: <u>Municipalidad P. Cortes</u> RTN:			
Dirección: <u>Comision Comunitaria de Salud</u>			
Cant.	DESCRIPCION	Precio Unit. Lps.	Total Lps.
10	Desayunos de pollo		850.00
10	Jugo Naranja		150.00
			1,000.00
REMA S de RL de C.V. RTN.05069016728206 Cert. 9231-16-10500-121		Sub-Total Lps.	---
Rango Autorizado: 000-001-01-00003101 al 000-001-01-00003300		15% I.S.V. Lps.	---
Fecha Límite de Emisión: 15/11/2016 Emitidas 02/2016		18% Alcohol Lps.	---
Factura 000-001-01-00 N° 003135		TOTAL Lps.	1,000.00
Original: Cliente Copia: Emisor			
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA			

Son: Un mil exactos Lps.

# Costa's Food

Propietaria: Miriam Rodriguez Cañas

RTN. 05061966011549

B° El Centro, 2 Ave, 4 Calle, Puerto Cortes, Honduras C.A.

Tel: 2665-0664

Correo: omarrrodriguez0972@hotmail.com

CAI: C25A12-F99CFF-2A47AC-0FA91D-5BC229-16

Día	Mes	Año
18	01	2016

Cliente: Municipalidad Puerto Cortes.  
Dirección: Comision Comunitaria de Salud

Cant.	DESCRIPCION	Precio Unit. Lps.	Total Lps.
15	Cenas		1,275.00
15	refresco en lata		225.00
			1,500.00

REMA S de RL de C.V. RTN.05069015728206 Cert. 9231-15-10500-121  
Rango Autorizado:000-001-01-00003101 al 000-001-01-00003300  
Fecha Limite de Emisión: 15/11/2016 Emitidas 02/2016

Sub-Total Lps.	—
15% I.S.V. Lps.	II
18% Alcohol Lps.	
TOTAL Lps.	1,500.00

Factura 000-001-01-00 N° 003134  
Original: Cliente Copia: Emisor  
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA

Son: Un mil quinientos Lps.



# Costa's Food

Propietaria: Miriam Rodriguez Cañas  
 RTN. 05061966011549  
 B° El Centro, 2 Ave, 4 Calle, Puerto Cortes, Honduras C.A.  
 Tel: 2665-0664  
 Correo: omarrrodriguez0972@hotmail.com

Día	Mes	Año
29	9	15

<b>Cliente:</b> <i>Comision Comunitaria</i> <b>RTN:</b>		
<b>Dirección:</b> <i>de salud</i>		
Cant.	DESCRIPCION	CONSUMO
<i>15</i>	<i>Desayunos</i>	<i>1,275 =</i>
<i>15</i>	<i>Jugo Naranja</i>	<i>225 =</i>
<b>SUMAN Lps.</b>		
<small>REMA S de RL de C.V. RTN.05069015728208 Cert. 9231-15-10500-121            CAI: D0001B-A93E2D-12448F-04DEED-508145-05            Emitidas 10/2015            Rango Autorizado: 000-001-01-00001801 al 000-001-01-00002100            Fecha Límite de Emisión: 23/10/2016</small>  <b>Factura 000-001-01-00</b> <b>Nº 001815</b> LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA		<b>Sub-Total</b> <i>1,500 =</i>
		<b>15% I.S.V.</b> <i>225 =</i>
		<b>18% Alcohol</b>
		<b>TOTAL</b> <i>1,500 =</i>

Son: *un mil quinientos*

# ORDEN DE PAGO

Cheque No.

No. 133123

FECHA: PUERTO CORTES, 22 DE FEBRERO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES

Valor L.

\*\*\*\*\*24,000.00

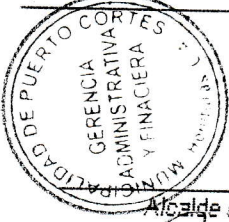
La suma de:

\*\*\*\* VEINTICUATRO MIL CON 00/100 \*\*\*\*

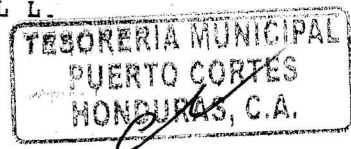
PAGO POR 80 ANALISIS BACTERIOLOGICO HECHO EN EL LABORATORIO MUNICIPAL DE LAS DIFERENTES JUNTAS DE AGUA EN EL MUNICIPIO A SOLICITUD DE LA SECRETARIA DE SALUD DE PUERTO CORTES, FONDOS PROVENIENTES DE LA TASA DE SALUD

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripcion	Debe	Haber
03-01-533	24,000.00	503-01-533	0050888	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	24,000.00	0.00
<b>TOTAL L.</b>	<b>24,000.00</b>				<b>24,000.00</b>	<b>0.00</b>

TOTAL L. 24,000.00



Aldede o Administrador



Firma Interesado

Firma del Tesorero

**REVISION CONTABILIDAL**

DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: N/D

Contrato/Addenda: N/D

Garantías: N/D

Req. Solicitud:

Cotizaciones: N/D

Comp. de Ent Acta: N/D

Informe Ing/Rep/Ch: N/D

Factura Recibos: OMECA

Observaciones:

Fecha:

Identidad

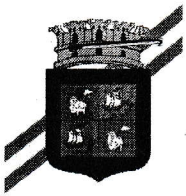
Solvencia Municipal No.

Firma del Contador

22/02/2016 cancelado



Revisó [Signature]



# Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

**RECIBO DE CAJA # 368981**

RECIBO DE OTRAS TASAS E IMPUESTOS (Control Tributario)

No. Identidad : - - -

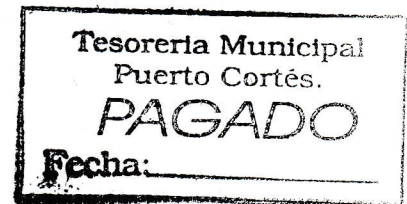
Fecha : 24/02/16

Contribuyente : Comision Comunitaria De Salud

Codigo	Descripcion	Unidad	Valor Unit.	Total
119-53	Servicio De Muestreo Y Analisis De	1.00	24,000.00	24,000.00
<b>TOTAL A PAGAR</b>				<b>24,000.00</b>

VENTICUATRO MIL LEMPIRAS EXACTOS

SERVICIO DE MUESTREO Y ANALISIS DE LABORATORIO.



*[Firma manuscrita]*

TESORERO (A)



CAJERO (A) RECEPTOR

24/02/16

FECHA DE PAGO

# Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

## ORDEN DE PAGO

No. 133121

Cheque No.

FECHA: PUERTO CORTES, 22 DE FEBRERO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Beneficiario: PHAR MED SALES HONDURAS

Valor L.

\*\*\*\*\*177,342.00

La suma de:

\*\*\*\* CIENTO SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS CON 00/100 \*\*\*\*

PAGO POR COMPRA DE 800 FRASCOS DE INSULINA NPH, 100 FRASCOS DE LIDOCAINA AL 2% Y 200 FRASCOS DE BUVACAINA PARA EL HOSPITAL DE AREA, FONDO PROVENIENTE TASA DE SALUD

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripcion	Debe	Haber
03-01-533	177,342.00	503-01-533	0050870	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	177,342.00	0.00
<b>TOTAL L.</b>	<b>177,342.00</b>				<b>177,342.00</b>	<b>0.00</b>
				<b>TOTAL L.</b>		<b>177,342.00</b>



*[Signature]*  
Alcalde o Administrador

Firma del Tesorero

*[Signature]*  
Firma Interesado

**REVISION CONTABILIDAD**

DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: N/A

Contrato/Addenda: N/A

Garantías: N/A

Req. Solicitud:

Cotizaciones:

Comp. de Ent Acta: Cometa

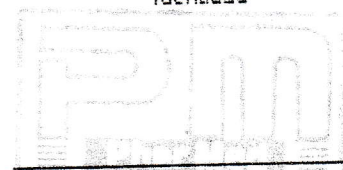
Informe Ing/Rep/Cl: Cometa

Factura Recibos: Cometa

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

0801-1982-03585  
Identidad



Salvencia Municipal No.

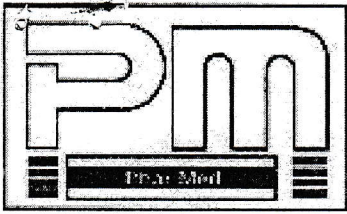


*[Signature]*  
Firma del Contador

02/02/2016 nenasamorado

Revisó *[Signature]*





# PHAR MED SALES HONDURAS S. A.

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

## FACTURA

Fecha	No. Pag
24/02/2016	1
N. Factura	
001-001-01	00001979

R. T. N. 07019995204280  
 Rango Autorizado:000-001-01-00003001 al 000-001-01-00006000  
 CAI B2E9EA-42A6D4-A543A4-88DDAC-36954F-7D

Cliente: **C00063**  
**MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES**

Enviar A:

RTN: 03019000044953

Orden de Compra/Adjudicacion	Solicitado por	Vencimiento	Termino de Pago
RECIBO 97796		25/03/2016	30 Días

Contacto	Fecha Contabilizacion	Ejecutivo de Ventas
Car Med	24/02/2016	Sandra Zeron

Codigo	Descripción	Und	Bodega	Cant	Precio Unit	Total
4033567	INSULEX N (INSULINA ISOFONICA) FCO. C/10ML X 100UI/ML.	FCO.	02	800	205.00	164,000.00
4000316	PISACAINA 2% SIMPLE	FCO	02	100	39.24	3,924.00
4000302	BUVACAINA PESADA 3ML INY	AMP	02	200	47.09	9,418.00

MONTO EN LETRAS: **Ciento setenta y siete mil trescientos cuarenta y dos Lempiras**

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

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

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

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

Sub Total	LPS	177,342.00
SubTotal Gravado	LPS	0.00
SubTotal Excento	LPS	177,342.00
Flete y Seguro	LPS	0.00
Impuesto	LPS	0.00
Descuento	LPS	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>LPS</b>	<b>177,342.00</b>

Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

**ORDEN DE PAGO**

No. 133217

Cheque No.

FECHA: PUERTO CORTES, 24 DE FEBRERO DEL 2016

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Valor L.

Beneficiario: COMERCIAL INVERSIONES MEDIMAS

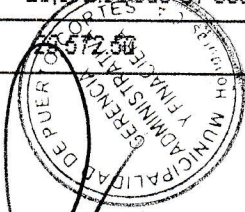
\*\*\*\*\*29,572.50

La suma de:

\*\*\*\* VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS CON 50/100 \*\*\*\*

PAGO POR LA COMPRA DE MEDICAMENTOS PARA BRIGADA MEDICA EN LA COMUNIDAD DE LA GRAN VILLA EN BARACOA, ORGANIZADA POR LA BASE NAVAL SUPERVISADA POR LA SECRTERIA DE SALUD FONDOS DE LA TASA DE SALUD.-

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripcion	Debe	Haber
03-01-533	29,572.50	03-01-533	0050965	SUBVENC. A ESTABLEC. DEL	29,572.50	0.00
<b>TOTAL L.</b>					<b>29,572.50</b>	<b>0.00</b>
				<b>TOTAL L.</b>		<b>29,572.50</b>



Alcalde o Administrador

Firma del Tesorero

*[Handwritten Signature]*  
Firma Interesado

Firma del Contador

24/02/2016 *nenamorado*

**REVISION CONTABILIDAD**  
DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: *NIR*

Contrato/Addenda: *NIR*

Garantías: *NIR*

Req. Solicitud: *[checked]*

Cotizaciones: *[checked]*

Comp. de Ent Acta: *ameta*

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

Factura Recibox: *ameta*

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

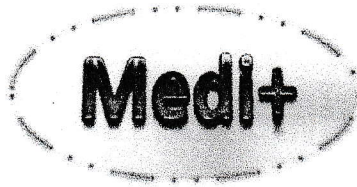
*0508-1987-00066*  
Identidad



Revisó *[Signature]*

# Comercial e Inversiones Medimas S R L CV

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



<b>FACTURA</b>
<b>000-001-01-00001558</b>

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

<b>Lugar y fecha de expedición:</b> San Pedro Sula, Honduras 24 de Febrero 2016	<b>Vencimiento:</b> 24 de Febrero 2016
<b>Vendedor:</b> 002	<b>Condiciones:</b> Credito
<b>Refer.:</b>	<b>Envío:</b> Entrega

Código producto	Descripción del producto	Cantidad	Precio Unit.	Subtotal
584	ACETAMINOFEN 500 mg X 100 TAB	10.0000	19.0000	190.00
044	ACETAMINOFEN JARABE 120 ML.	300.0000	15.0000	4,500.00
052	AMOXICILINA 500 MG X 100 CAPS	10.0000	88.0000	880.00
1141	AMOXICILINA 250MG/100 ML	300.0000	19.0000	5,700.00
243	TINIDAZOL 500 mg X 100	5.0000	106.5000	532.50
083	MULTIVITAMINICO X 100 CAPS	10.0000	86.5000	865.00
046	ANTIGRIPAL X 100 TAB	10.0000	60.0000	600.00
033	RANITIDINA 150 MG	5.0000	40.0000	200.00
331	METFORMINA X 100 TABLETAS	10.0000	100.0000	1,000.00
344	ACIDO FOLICO 5MG X100	10.0000	60.0000	600.00
245	GLIBENCLAMIDA X 100 TABLETAS	10.0000	20.0000	200.00
1123	IBUPROFENO 120ML HOSPITAL.	300.0000	18.0000	5,400.00
079	IBUPROFENO 600 mg X 100	10.0000	40.0000	400.00
012	SULFATO FERROSO X 100 COMP	10.0000	17.0000	170.00
388	HIDROCORTIZONA CREMA	200.0000	23.0000	4,600.00
1351	CLOTRIMAZOL CREMA 1%	200.0000	14.0000	2,800.00
048	ANTIACIDO SUSPENSION	50.0000	18.7000	935.00

1,450.0000      Subtotal:      29,572.50



**TOTAL**      29,572.50

VEINTE Y NUEVE MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS 50/100

"La Factura es Beneficio de Todos, Exíjala"

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

Gracias por Preferimos.

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