



Municipalidad De San José Copan

e-mail munisanjosecopan@yahoo.es

Telefono: 9703-3029



COMPRAS EFECTUADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2018

DESCRIPCION	PROVEEDOR	MES	OBSERVACION No DE ORDEN	MONTO	HONDU COMPRAS
PAGO POR COMPRAS DE DOS CAJAS DE PAPEL CONTINUO PARA IMPRESION DE RECIBOS DE CAJA D CONTRIBUYENTE	AJENCIA Y DISTRIBUIDORA LA OCCIDENTAL	09/03/2018	ORDEN DE PAGO N°006013	2,090.00	NO ESTA INSCRITO
PAGO POR COMPRA DE MEDICAMENTO PARA FORTALECIMIENTO AL CENTRO DE ATENCION DE DISCAPACITADOS	NORMAN LAMBUR VALLE	03/03/2018	ORDEN DE PAGO N°006003	3,400.00	NO ESTA INSCRITO

MUNICIPALIDAD DE SAN JOSE COPAN
TESORERIA

Agencia y Distribuidora Occidental
S.A. de C.V.
RTN:04019008175338
Calle centenario
Santa Rosa de Copan , CP
HONDURAS
Telfax (504) 2662- 0866
(504) 2662- 0435
email:laoccidentalsrc@gmail.com

Tienda: Santa Rosa Copan Utiles
Santa rosa de copan , calle centenario.

CAI:
8208D4-4F42B1-0C458E-B4F2EE-88368B-03
R- o Autorizada 00 1-00 1-01-00000001 al
00 1-00 1-01-00035000
Fecha Limite Emision: 22/02/2019

No. Factura: 00 1-00 1-01-00001430

Fecha: 09/03/2018
Condicion: Contado
Vendedor: YANETH SUYAPA MEJIA
Cliente: MUNICIPALIDAD SAN JOSE COPAN
RTN 04 179995040016

Producto

Cantidad	Precio
Almacen	Total
PAPEL FORMA CONTINUA DILER 2 PARTES	
2	908.70
SRS-UTIL	1,817.39

-----Ultima Linea-----

Subtotal L. 1,817.39

Descuento: L. 0.00

ISV: L.272.61

Total L.2,090.00

dos mil noventa y 00 / 100

Direccion: SANTA ROSA,
HONDURAS

CAJERO: caja03

La Factura es Beneficio de todos "Exijala"



Municipalidad de San José

Departamento de Copán

DIA	MES	AÑO
03	03	18

ORDEN DE PAGO N° 006003

Unidad Ejecutora: _____
 Señor Tesorero Municipal: _____
 Sirvase pagar a la orden de: Norman Lambos Valle.
 La suma de: Tres mil Cuatrocientos Tampiras exactos.
 Lps. 3,400.00 Afectando lo siguiente:
 Programa: 12 Vida Mejor.
 Sub-Programa: _____
 Actividad: 001. Fortalecimiento Discapacidad.
 Gastos Corrientes Gasto Capital Gasto por deuda pública

G	SG	R	DESCRIPCION	TOTALES
		5510.	Transferencias de capital	
Valor pagado por compra de medicamentos para fortalecimiento al Centro de Atención de Discapacidad.				3,400.00
				3,400.00


 FIRMA Y SELLO ALCALDE MUNICIPAL


 FIRMA Y SELLO OFICINA DE PRESUPUESTO

Conforme a lo arriba descrito, declaro recibir el importe en:
 Efectivo
 Cheque N°: 71843001.
 Identidad N° 0803-197H-00494
 Impuesto Vecinal N° _____
 Fecha de pago 03 / 03 / 18
 DÍA MES AÑO
 FIRMA DEL INTERESADO 

FARMACENTER #1
 EDIFICIO COMERCIAL MIRAFLORES
 SANTA ROSA DE COPAN
 TEL. _____

FARMACENTER S.R.C.

"Pensando en ti y en tu Familia"

VENTA DE MEDICAMENTOS
Y COSMETICOS

De: Norman Lambur Valle

R.T.N. 08031974004947 Tel. 2662-5812 Cel. 9840-9214

E-mail: normanlambur@hotmail.es

Col. Miraflores, en Locales de Supermercados el 20 Menos,
Santa Rosa de Copán, Honduras C.A

FACTURA Contado Crédito

000-002-01-0 N° 0000551

Día	Mes	Año
24	01	2018

CAI: 5897A2-16D81F-324ABD-54E490-647ADE-79 Fecha Límite de Emisión: 05/12/2018

2 Tal. 1c. Rango Autorizado del: N° 000-002-01-00000551 AL N° 000-002-01-00000650

Cliente: Municipalidad San José Copán

R.T.N. 0417-999-504001e

Dirección:

CANT.	DESCRIPCION	P.UNIT.	TOTAL
1	Flamur		630.00
1	Nucleo CMP		360.00
1	F. torestimulina		520.00
1	Maxepa.		540.00
30	Dovec 500mg		420.00
15	Spasmactyl		465.00
1	Cialis		260.00
1	Clindamix		205.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXTALA" CRFI N° 9231-14-10500-128 Original: Cliente Copia: Emisor	Descto. 3ra Edad L.	
	Descto. L.	
	Sub Total L.	
	15% ISV L.	
	Total L.	3,400.00

Son Lps: Tres mil cuatrocientos