



MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN DEPARTAMENTO DE YORO

ORDEN DE COMPRA Nº 16177



Señor: Corinfar S.A de C.V

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
1	Acetaminofen 120mg/5ml	3 2000 }	11.50	23,000.00
2	Acetaminofen 500mg	3 13,000 }	0.16	2,080.00
3	Acido Folico 7mg	3 145,000 }	0.20	29,000.00
4	Adicovir 200 mg	3 1,000 }	2.50	2,500.00
5	Albendazol 200mg	3 4,500 }	0.60	2,700.00
6	Albendazol 200mg/5ml (200mg/5ml)	3 1,000 }	11.90	11,900.00
7	Acido acetil Salicilico 100mg	3 16,700 }	0.40	6,680.00
8	Alfametilidopa 500 mg	3 2,400 }	3.50	8,400.00
9	Amitripilina 25 mg	3 500 }	4.50	2,250.00
10	Amoxicilina (trihidrato) 250 mg/5ml	3 1,900 }	21.00	39,900.00
11	Amoxicilina (trihidrato) 500 mg	3 15,700 }	0.80	12,560.00
12	Anestésico local + corticosteroide	3 200 }	88.00	17,600.00
13	Atenolol 100mg	3 11,000 }	0.60	6,600.00
14	Aguá destilada 10 ml	3 2,600 }	5.80	15,080.00
15	Betametasona (valerato) 0.1%	3 250 }	17.00	4,250.00
16	Calamina al 8% (equivalente a 8g/ml)	3 150 }	25.00	3,750.00
17	Carbamacepina 200 mg	3 13,121 }	1.00	13,121.00
18	Ceftriaxona (sódica) 250mg	3 1,000 }	24.00	24,000.00
19	Ciprofloxacina 500mg	3 1,000 }	1.20	1,200.00
			SUBTOTAL	L
			I.S.V.	L
			TOTAL	L



Imputarse al programa 11/03 Actividad 004 Fondo 14 Cuenta 55110 #Proyecto

Lugar y Fecha: Morazan Yoro 21/10/19

Recibido por: [Signature]
Firma



(Sello) [Signature]
(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras
Manuel A. Discua
Nombre en Letra 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 16178



Señor: Corinfar S.A. de C.V

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen			
20	clotrimazol 500 mg	3 14003	11.74	16,436.00
21	Cloranfenicilic 0.57.	3 2503	35.00	8,750.00
22	Dexametasona (fosfato) 4mg/ml	3 7503	3.30	2,475.00
23	Dicloxacilina (sódica) 125 mg/5ml	3 6603	34.90	23,034.00
24	Diazepam 5mg/ml (10 mg)	3 1003	48.00	4,800.00
25	Dicloxacilina (sódica) 500mg	3 38003	1.96	7,448.00
26	Difenhidramina (clorhidrato) 10mg/ml	3 8003	35.90	28,720.00
27	Difenhidramina 2.5 mg/ml	3 5003	13.90	6,950.00
28	Difenhidramina 50 mg	3 42003	0.85	3,570.00
29	Diclofenaco (sódico) 25mg/ml (7 mg)	3 6503	2.95	1,917.50
30	Doxiciclina (clorhidrato o hidrato) 100mg	3 94503	3.00	28,350.00
31	Enalapril (maleato) 20mg	3 10,6003	0.38	4,028.00
32	Eritromicina 500 mg	3 28003	2.65	7,420.00
33	Eritromicina (etilsuccinato) 200mg/5ml	3 1253	24.90	3,112.50
34	Fenitoína (sódica) 50mg/ml	3 503	170.00	8,500.00
35	Fenitoína (sódica) 100 mg	3 76503	1.58	12,087.00
36	Fluconazole 150 mg	3 5003	4.70	2,350.00
37	Fluoruto 1mg	3 44003	0.70	3,080.00
	Van			

SUBTOTAL	L	
I.S.V.	L	
TOTAL	L	

Imputarse al Programa 1/03 Actividad 004 Fondo 14 Cuenta 55110 # Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazan Yoro 21/10/19

Recibido por: _____

[Firma]
Firma

(Sello)

[Sello]
(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

Manuel A. Discua

Nombre en Letra 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 16179

Señor: Corinfar S.A de C.V

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	<u>Vienen.</u>			
38	Fenobarbital (sódico) 100 mg	3 7,500 }	1.45	10,875.00
39	Furosemida 10mg/ml	3 300 }	3.00	900.00
40	Furosemida 40 mg	3 4750 }	0.49	2327.50
41	Gentamicina 40mg/ml (sulfato)	3 208 }	10.00	2,080.00
42	Gentamicina de 80mg/ml	3 50 }	3.40	170.00
43	Gentamicina / colirio 5ml	3 30 }	34.00	1,020.00
44	Gentamicina (sulfato) 0.3%. (sobotiple)	3 500 }	28.00	14,000.00
45	Glibenclamida 5mg	3 17400 }	0.25	4,350.00
46	Hioscina (butilbromuro) 20mg/ml	3 500 }	9.90	4,950.00
47	Hioscina (butilbromuro) 10 mg	3 1800 }	1.40	2,520.00
48	Hidroclorotiazida 25 mg	3 2500 }	0.68	1,700.00
49	Hidrocortisona 100mg/500mg	3 200 }	60.00	12,000.00
50	Hidrocortisona (acetato) q1 1%	3 250 }	20.00	5,000.00
51	Hidróxido de aluminio 600mg	3 650 }	26.50	17,225.00
52	Hierro (sulfato) 125mg/ml	3 1600 }	13.50	21,600.00
53	Hierro (sulfato) 300mg	3 50500 }	0.14	7,070.00
54	Ibuprofeno 100mg/5ml	3 1300 }	12.90	16,770.00
55	Ibuprofeno 600mg	3 11200 }	0.75	8400.00
	<u>Van.</u>			
			SUBTOTAL	L
			I.S.V.	L
			TOTAL	L



Imputarse al programa 11/03 Actividad 004 Fondo 1A Cuenta 55110 # Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazan Yoro 21/10/19

Recibido por: [Firma]
Firma

(Sello)



(F) Alcalde Municipal Encargado de Compras

Manuel A. Discua

Nombre en Letra 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 16180



Señor: CorinFax S.A de C.V

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen...			
56	Irbersartan 300mg (caja x30)	32500}	4.00	19,000.00
57	Ketoconazol 2%	3400}	20.00	8,000.00
58	Lidocaína 2%	3130}	60.00	7,800.00
59	Loratadina 1mg/ml (5mg/5ml/100)	31100}	16.00	17,600.00
60	Loratadina 10 mg	37,500}	0.45	3,375.00
61	Metoclopramida 5mg/ml	3180}	7.00	1,260.00
62	Metoclopramida 10mg	31,700}	0.77	1,309.00
63	Metocarbamol 500mg	32,600}	0.85	2,210.00
64	Metronidazol (benzoato) 125mg/5ml	3500}	13.00	6,500.00
65	Metronidazol 500 mg	34,400}	0.75	3,300.00
66	Metronidazol 0.75%	3250}	100.00	25,000.00
67	Metformina (clorhidrato) 850mg	336,000}	1.05	37,800.00
68	Multivitaminas prenatales	3104,000}	0.75	78,000.00
69	Multivitaminas adultos	350,000}	0.48	24,000.00
70	Multivitaminas pediaticas	31,100}	15.00	16,500.00
71	Nifedipina 20 mg	32,100}	2.50	5,250.00
72	Nistatina 100.000 u/ml	3300}	16.00	4,800.00
73	Nitrofurantoina 100mg	3100}	13.80	1,380.00
	Van.....			

SUBTOTAL	L	
I.S.V.	L	
TOTAL	L	

Imputarse al programa 11/03 Actividad 004 Fondo 14 Cuenta 55110 #Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazan Yoro 21/10/19

Recibido por: _____

Firma 


(Sello)


 (F) Alcalde Municipal Encargado de Compras

Manuel A. Discua

Nombre en Letra 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 16181

Señor: Corin Far S.A de C.V

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
Vienen				
74	Oxitoxina 10 UI	3 100}	16.00	1,600.00
75	oxitetraciclina (clorhidrato) 5mg/g	3 140}	34.00	4,760.00
76	Permetrina 5%.	3 210}	70.00	14,700.00
77	Prídidoxina (vitamina B6) (clorhidrato) 5mg	3 1,500}	0.70	1,050.00
78	Petrolato Solido (parafina blanda)	3 760}	68.00	4,080.00
79	Polimixina B 5000 UI	3 270}	80.00	21,600.00
80	Prednisona 5mg	3 5,200}	0.55	2,860.00
81	prednisona 50mg	3 500}	3.90	1,950.00
82	Propranolol 40mg	3 9,200}	0.68	6,256.00
83	penicilina procaína 4,000,000 UI	3 1,300}	20.00	26,000.00
84	Penicilina benzatínica 1,200,000 UI	3 900}	12.50	11,250.00
85	Ranitidina (clorhidrato) 150mg	3 1,000}	7.00	7,000.00
86	Ranitidina (clorhidrato) 150mg	3 5,000}	0.45	2,250.00
87	Sulbutamol (sulfato) 100mg/dispero	3 312}	90.00	28,080.00
88	Sulbutamol (sulfato) 5mg/ml (c.s.)	3 60}	30.00	1,800.00
89	Sulbutamol 2mg/5ml	3 800}	11.90	9,520.00
90	Sulbutamol 400gm	3 999}	0.35	349.65
91	Sulfadiazina de plata 10mg/g (1%)	3 200}	35.00	7,000.00
Van....				
			SUBTOTAL	L
			I.S.V.	L
			TOTAL	L



Imputarse al programa 11/03 Actividad 004 Fondo 14 Cuenta 55110 # Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazan Yoro 21/10/19



(Sello) (F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

Recibido por:

[Signature]
Firma



Manuel A. Discua
Nombre en Letra Molde

La original para el tesoroero 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 16182



Señor: Corinfar S.A de C.V

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen			
92	Salicilato metilo 5%.	3 803	80.00	6,400.00
93	Triamina (vitamina B1) 100 Mh/ml	31,500	20.00	30,000.00
94	Trinidazol 500 mg	3 900	0.70	630.00
95	Trimetoprim Sulfametotazol	35500	3.00	16,500.00
96	Trimetoprim 40 mg / sulfametotazol	31800	14.00	25,200.00
97	Vitamina K1 (fitonadiona) 1 mg/ml	3123	16.95	2,084.85
98	Sulfato de zinc	3310	20.50	6,355.00
Segundo lote de medicamento de primera necesidad para cubrir los establecimientos de salud, según licitación pública Lpn 1806012019				
			SUBTOTAL	L
			I.S.V.	L
			TOTAL	L 1,025,916.00

Imputarse al programa 11/03 Actividad 004 Fondo 14 Cuenta 55110 #Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazan Yoro 21/10/19

Recibido por: _____

Firma



(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

Manuel A. Discua

Nombre en Letra 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.