



**MUNICIPALIDAD DE MORAZÁN
DEPARTAMENTO DE YORO**

ORDEN DE COMPRA Nº 16402



Señor: Corinfar

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
1	Acetaminofen 120mg/5ml	319483	11.50	22,402.00
2	Acetaminofen 500 mg	3111163	0.16	1,778.52
3	Acido Fólico 1mg	31450003	0.20	29,000.00
4	Aciclovir 200 mg	3100003	2.50	2,500.00
5	Albendazol 200 mg	336203	0.60	2,172.00
6	Albendazol 200 mg/5ml (200mg/5ml)	39883	11.40	11,751.20
7	Acido Acetil Salicilico 100mg	3166123	0.40	6,644.80
8	Alfametil dopa 500 mg	323963	3.50	8,386.00
9	Amitripilina 25 Mg	35003	4.50	2,250.00
10	Amoxicilina (trihidrato) 250mg/5ml	317723	21.00	37,212.00
11	Amoxicilina (trihidrato) 500mg	3155763	0.80	12,460.50
12	Anestésico Local+corticosteroide	32003	88.00	17,600.00
13	Atenolol 100mg	3107203	0.60	6,432.00
14	Agua destilada 10 ML	325563	5.80	14,824.80
15	Betametasona (valerato) 0.1%	32143	17.00	3,638.00
16	Calamina al 8% (equivalente a 8g/100ml)	31503	25.00	3,750.00
17	Carbamazepina 200 mg	3131513	1.00	13,151.00
18	Ceftriaxona (sódica) 250 mg	310003	24.00	24,000.00
19	Ciprofloxacina			
	Van...			

SUBTOTAL	L	
I.S.V.	L	
TOTAL	L	

Imputarse al programa _____ Actividad _____ Fondo _____ Cuenta _____ #Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazan Yoro 29-01-2020

Recibido por: _____

[Firma]
Firma



(Sello)

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



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 16403



Señor: Corin Far

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen...			
20	Clotrimazol 500mg	314003	11.74	16,436.00
21	cloranfenicol 0,5%	32503	35.00	8,750.00
22	Dexametasona (fosfato) 4mg/ml	37223	3.30	2,382.60
23	Dicloxacilina (sódica) 125 mg/ml	36563	34.90	22,894.40
24	Diazepam 5mg/ml (10mg)	3883	48.00	4,224.00
25	Dicloxacilina (sódica) 500mg	336563	1.96	7,169.68
26	Difenhidramina (clorhidrato) 10mg/ml	37563	35.90	27,140.40
27	Difenhidramina 2.5mg/ml	34643	13.90	6,449.60
28	Difenhidramina 50mg	342003	0.85	3,570.00
29	Diclofenaco (sódico) 25mg/ml (25mg)	36023	2.95	1,775.90
30	Doxiciclina (clorhidrato o hidrato) 100mg	394223	3.00	28,266.00
31	Enalapril (maleato) 20mg	3105603	0.38	4,012.80
32	Eritromicina 500mg	326763	2.65	7,091.40
33	Eritromicina (etilsuccinato) 200mg/ml	31233	24.90	3,062.70
34	Fenitoina (sódica) 50mg/ml	3503	170.00	8500.00
35	Fenitoina (sódica) 100mg	375663	1.58	11,954.28
36	Fluconazole 150 mg	35123	4.90	2,406.40
37	Fluoruto 1mg	344003	0.70	3,080.00
	Van....			
SUBTOTAL			L	
I.S.V.			L	
TOTAL			L	

Imputarse al programa _____ Actividad _____ Fondo _____ Cuenta _____ #Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazan Yoro 29-01-2020



Recibido por: _____

Firma

(Sello)

(F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras

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 16404



Señor: Corinfar

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	<u>Vienen</u>			
38	Fenobarbital (sódico) 100mg	37274	1.45	10,547.30
39	Furosemida 10mg/ml	32883	3.00	864.00
40	Furosemida 40 mg	34674	0.49	2,290.26
41	Gentamicina 40mg/ml (sulfato)	32003	10.00	2,000.00
42	Gentamicina de 80 mg/ml	3503	3.40	170.00
43	Gentamicina/coririo 5ml	3303	34.00	1,020.00
44	Gentamicina (sulfato) 0.3%	34803	28.00	13,440.00
45	Glibenclámido 5 mg	3173203	0.25	4,330.00
46	Hioscina (butilbromuro) 20mg/ml	35003	9.90	4,950.00
47	Hioscina (butilbromuro) 10 mg	317523	1.40	2,452.80
48	Hidroclorotiazida 25 mg	325003	0.68	1,700.00
49	Hidrocortisona 100 mg/500mg	32003	60.00	12,000.00
50	Hidrocortisona (acetato) al 1%	32403	20.00	4,800.00
51	Hidroxido de aluminio 600mg	36463	26.50	17,119.00
52	Hierro (sulfato) 125mg/ml	314503	13.50	19,575.00
53	Hierro (sulfato) 300 mg	3502003	0.14	7,030.80
54	Ibuprofeno 100 mg/5 ml	312883	12.90	16,615.20
55	Ibuprofeno 600mg	3110883	0.75	8,316.00
	<u>Van...</u>			
SUBTOTAL			L	
I.S.V.			L	
TOTAL			L	

Imputarse al programa _____ Actividad _____ Fondo _____ Cuenta _____ #Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazan Yoro 29-01-2020

Recibido por: 

 Firma

(Sello) 
 (F) Alcalde Municipal o Encargado de Compras
 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 16405



Señor: Corinfar

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL	
	Venen....				
56	Ibuprofeno 300 mg (caja x 30)	2500	4.00	10,000.00	
57	Ketoconazol 2%.	391	20.00	7,820.00	
58	Lidocaina 2%.	130	60.00	7,800.00	
59	Loratadina 1 mg/ml (5mg/5ml x 20)	1040	16.00	16,640.00	
60	Loratadina 10 mg	7396	0.45	3,328.20	
61	Metoclopramida 5mg/ml	180	7.00	1,260.00	
62	Metoclopramida 10 mg	1588	0.77	1,222.76	
63	Metocarbamol 500 mg	2512	0.85	2,135.20	
64	Metronidazol (benzoato) 125mg	500	13.00	6,500.00	
65	Metronidazol 500 mg	4380	0.75	3,285.00	
66	Metronidazol 0.75 %	216	100.00	21,600.00	
67	Metformina (clorhidrato) 850mg	36000	1.05	37,800.00	
68	Multivitaminas Prenatales	103000	0.75	77,250.00	
69	Multivitaminas Adultas	49836	0.48	23,921.28	
70	Multivitaminas Pediatricas	1112	15.00	16,680.00	
71	Nifedipina 20 mg	1932	2.50	4,830.00	
72	Nistatina 100.000 U/ml	304	16.00	4,864.00	
73	Nitrofurantoina 100 mg	100	13.80	1,380.00	
	Van....				
SUBTOTAL				L	
I.S.V.				L	
TOTAL				L	

Imputarse al programa _____ Actividad _____ Fondo _____ Cuenta _____ #Proyecto _____

Lugar y Fecha: _____



Recibido por _____

[Handwritten signature]

(Sello) _____

[Handwritten signature]

(F) Alcalde Municipal Encargado de Compras

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 16406

Señor: Corinfar

Sírvase entregar al portador Sr. Marleny Aguilar

lo siguiente:

No.	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Vienen			
74	Oxitoxina 10 UI	31003	16.00	1,600.00
75	Oxitetraciclina (clorhidrato) 5mg/g	31253	34.00	4,250.00
76	Permetrina 5%	32103	70.00	14,700.00
77	Piridoxina (vitamina B6) (clorhidrato)	215003	0.70	1,050.00
78	Petrolato Solido (parafina blanda)	31563	68.00	3,808.00
79	Polimixina B 5000 UI. + Neomicina	32663	80.00	21,280.00
80	Prednisona 5 mg	350603	0.55	2,783.00
81	Prednisona 50 mg	35003	3.90	1,950.00
82	Propranolol 40mg	390963	0.68	6,185.28
83	Penicilina Procaina 4,000,000.	312723	20.00	25,440.00
84	Penicilina benzatina 1,200,000	38683	12.50	10,850.00
85	Ranitidina (clorhidrato) 150mg	39123	7.00	6,384.00
86	Ranitidina (clorhidrato) 150mg	349423	0.45	2,223.90
87	Sulbutamol (sulfato) 100mcg	33103	90.00	27,900.00
88	Sulbutamol (sulfato) 5mg/ml (0.5%)	3603	30.00	1,800.00
89	Sulbutamol 2mg/5ml	36503	11.90	7,735.00
90	Sulbutamol 400gm	310013	0.35	350.35
91	Sulfadiazina de plata 10mg/g (1%)	32003	35.00	7,000.00
	Vari.....			
SUBTOTAL			L	
I.S.V.			L	
TOTAL			L	

Imputarse al programa _____ Actividad _____ Fondo _____ Cuenta _____ #Proyecto _____

Lugar y Fecha: Morazan Yoro 29-01-2020

Recibido por: 
Firma

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

