

# MUNICIPALIDAD DE NAMASIGUE

CHOLUTECA, HONDURAS PERIODO 2018-2022



## ORDEN DE PAGO

Nº 0007850

| Día | Mes | Año  |
|-----|-----|------|
| 22  | 05  | 2020 |

Unidad Ejecutora: Alcaldía Municipal Namasigue  
 Señor Tesorero Municipal: Osiris Ochoa  
 Sirvase pagar a la Orden De: Farmacia Moncada  
 La Suma de: Veinte y dos mil lempiras

Lps. 22,000.00 Afectando lo Siguiente:

Programa: Vida Mejor  
 Sub-programa: \_\_\_\_\_  
 Actividad: Salud

Gasto Corriente  Gasto Capital  Gasto por deuda Publica

| G                    | SG    | R | DESCRIPCIÓN                        |
|----------------------|-------|---|------------------------------------|
| 500                  |       |   | Transferencias y Donaciones        |
|                      | 55110 |   | Transferencias de Capital o        |
|                      |       |   | Instituciones de la Administración |
|                      |       |   | central                            |
|                      |       |   | TOTALES                            |
| Compra de 1000       |       |   |                                    |
| Tabletas Ivermentina |       |   |                                    |
| para el centro de    |       |   |                                    |
| salud de Namasigue   |       |   |                                    |
| la cual cubra 100    |       |   |                                    |
| personas con CHA     |       |   |                                    |
| 10228304             |       |   |                                    |
|                      |       |   | LPS. 22,000                        |

Firma y Sello  
 Alcalde Municipal

Firma y Sello  
 Tesorero Municipal

Conforme a lo arriba descrito, declaro recibir el Importe

Efectivo  Cheque  Identidad No. \_\_\_\_\_  
 Solvencia Municipal \_\_\_\_\_  
 Fecha de Pago 22 05 2020  
 Día Mes Año

Firma del Interesado \_\_\_\_\_

Compra de 1000 Tableta Fermentona para el centro de salud de Namasi que la cual cubre a 100 personas infectadas con ch# 10228304

| CUENTA | DESCRIPCIÓN                                       | DEBE      | HABER |
|--------|---|-----------|-------|
| 2216   | Banco de los trabajadores<br><br>Farmacia Moncada | 22,000.00 |       |



*[Handwritten signature]*

|                        |                                 |                                    |                 |                     |
|------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------|
| CHEQUE N.º<br>10228304 | HECHO POR<br><i>[Signature]</i> | REVISADO POR<br><i>[Signature]</i> | RECIBI CONFORME | FECHA<br>22-05-2020 |
|------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------|



**FARMACIA MONCADA**  
Choluteca, Honduras  
Teléfono: 2780-3681



**COTIZACIÓN**

Nombre De La Empresa: \_\_\_\_\_

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN         | VALOR UNITARIO | TOTAL  |
|----------|---------------------|----------------|--------|
| 1000     | Ivermentina Tableta | 22             | 22,000 |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
|          |                     |                |        |
| TOTAL    |                     |                | 22,000 |

FARMACIA MONCADA  
20 MAY 2020  
TEL.: 2780-3681  
CHOLUTECA, HONDURAS

  
FIRMA



# FARMACIA MONCADA

B° Cabañas en el interior del Mercado Concepción,  
Choluteca, Honduras, C.A.

☎ 2780-3681 📧 rafaelmoncada1959@hotmail.com

CONTADO  CRÉDITO

CAI: 78EDAA-6C24B4-FF49B0-E78431-AB422F-25

RTN. 06051959003310

**Factura No.**

000-001-01-00 **Nº 097244**

| Día | Mes | Año  |
|-----|-----|------|
| 22  | 05  | 2020 |

señor (a):

*al caldie Momepo / Normasiqu*

Dirección:

RTN:

*06099995201032*

| CANT.       | DESCRIPCIÓN                | Precio Unitario | Dtos. y Rebajas Otorgadas | TOTAL          |
|-------------|----------------------------|-----------------|---------------------------|----------------|
| <i>1000</i> | <i>Talitos 2 vez metra</i> |                 |                           | <i>L. 2200</i> |
|             | <i>69</i>                  | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |
|             |                            | L.              |                           | L.             |



Son:

*Veinte y dos mil*

DATOS ADQUIRIENTE EXONERADO

No. correlativo de Orden de Compra Exenta  
No. correlativo de Constancia del Registro de Exonerados  
No. identificativo del Registro de la Secretaría de Estado y el Despacho de Agricultura y Ganadería

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| Importe Exonerado    | L.             |
| Importe Exento       | L.             |
| IMPORTE GRAVADO 15%  | L.             |
| IMPORTE GRAVADO 18%  | L.             |
| I.S.V. 15%           | L.             |
| I.S.V. 18%           | L.             |
| <b>TOTAL A PAGAR</b> | <b>L. 2200</b> |

Original Cliente 1-Copia: Emisor

2-Copia: Archivo **Fecha Límite de Emisión: 09/09/2020**

RANGO AUTORIZADO: 000-001-01-00091001 al 000-001-01-00106000

Imp. El Sol Chol. Tel/Fax: 2782-0000 / 2782-0001. N. 0609-1953-000127 DIC-2019 // 2 COP. QUIM.  
**CERTIFICADO S.A.R // 9231-19-10500-160**



**COTIZACIÓN N° 000103 2020**

**PROVEEDOR:** DROGUERIA MEDITEXA PHARMA  
**DIRECCION:** COLONIA AMERICA, 10 CALLE, 11 AVENIDA, CASA 2302  
**RTN:** 0801 1893 157111  
**CAJ:** 40881 2388AC CB4283 761111 AF1406 52  
**TELEFONO:** 2283 3170  
**CORREO ELECTRONICO:** meditekapharma@yahoo.com  
**LUGAR Y FECHA:** COMAYAGUELA, M.D.C. 21 DE MAYO 2020  
**CLIENTE:** CORPORACIÓN MUNICIPAL NAMASIGUE

| No.          | Nombre del medicamento | Unidad de Presentación | Cantidad | Precio | Total            |
|--------------|------------------------|------------------------|----------|--------|------------------|
| 1            | Valium 5mg 6 mg        | Tableta                | 1 000    | 26.90  | 26.900.00        |
| <b>TOTAL</b> |                        |                        |          |        | <b>26.900.00</b> |

FORMA DE PAGO: CONTADO  
ENTREGA: INMEDIATA

DEPARTAMENTO DE COTIZACION  
MEDITEXA PHARMA

**SOLICITUD**

**Douglas D'Vicente**

**Alcalde Municipal Namasigüe**

Deseando éxitos en sus labores diarias y con la bendición de Dios, me dirijo a usted por medio de la presente para solicitud de medicamento para tratamiento de la pandemia COVID-19 que también lamentablemente tocando nuestro municipio; Por lo que me sentimos obligados a mantener en nuestro cuadro básico de tratamiento para dicha enfermedad.

Solicitando Ivermectima 12mg dosis unca por paciente y Zinc 100mg cada 12 horas por 5 días, ya que dicho tratamiento es necesario para completar con el existente en el centro de salud, calculado para 100 personas infectadas.

En espera de una respuesta favorable se despide de usted.



**Rosela Álvarez**

**Medico Municipal Namasigüe**