



ALCALDÍA MUNICIPAL
SANTA ANA, F.M. - Telefax: 2767-0226

Cx. 2443
C.U.P.

DÍA	MES	AÑO
19	06	2020

ORDEN DE PAGO

Nº 33386

Unidad Ejecutora:

Valor en Efectivo

Páguese a:

Angie Yamileth Trejo Blanco

16,600.00

La cantidad en Letras:

Dieciséis mil Seiscientos exactos.

Lempiras

Valor que se me adeuda por las siguientes mercaderías o servicios prestados.

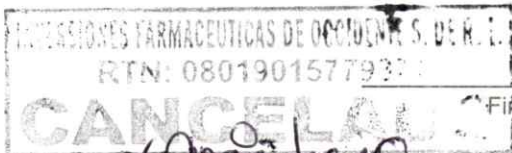
Fondo	Programa	Sub Programa	Actividad	Proyecto
Código	Código	Código	Código	Código
1	01			

Gastos Corrientes
Gastos Inversión Social
Gastos Deuda Pública

OBJETO DE GASTO	DESCRIPCIÓN	VALORES EN LEMPIRAS	
		SEGÚN OBJETO	TOTAL
	11 01 000 003 000 55110 11 001 01 20		
	Pago de tratamiento para atención médica a pacientes con COVID-19 del Detalle Adjunto.		16,600.00
			16,600.00

Firma del Responsable del Sub Programa

Firma y Sello del Encargado del Presupuesto



Firma y Sello del Alcalde Municipal

Recibido por:

Angie Trejo

Identidad No.

0801-1990-14848

Impuesto Vecinal:

Original: Tesorería
Copia: Presupuesto



ALCALDIA MUNICIPAL DE SANTA ANA F.M.
CIUDAD DE LOS VIENTOS

RECIBO DE EGRESOS

POR L. 16,600
NOMBRE: Angie Yamileth Trejo Blanco
TOTAL EN LETRAS: Dieciséis mil seiscientos exactos
POR CONCEPTO DE: Pago de tratamiento para atención a pacientes en emergencia COVID.

LUGAR Y FECHA:

Santa Ana F.M.



FIRMA



0801-1990 14848

No. DE IDENTIDAD

INVERSIONES FARMACEUTICAS DE OCCIDENTE S. de R.L.

Barrio El Centro Calle Principal , a una cuadra de la Alcaldia Municipal Ojojona F.M.
Teléfono: 27670177

e-mail: regisojojona@gmail.com

C.A.I. 88CBF9-B1EA81-C041A6-B54A2D-FEF594-12

R.T.N. 08019015779377

DIA	MES	AÑO	CONTADO	CREDITO
30	6	2020	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Señor: **Alcaldia Municipal de Santa Ana**

R.T.N. **0822-999-5410530**

Dirección:

Cant.	Descripción	Precio Unitario	Rebajas y Descuento otorgado	TOTAL
200	Coenzinc de 100 mg	13.00		2,600.00
120	Oxitromicinas de 500	90.00		10,800.00
20	macro C-19	160.00		3,200.00
INVERSIONES FARMACEUTICAS DE OCCIDENTE S. DE R. L. RTN: 08019015779377 CANCELADO				

Impresora Lopez R.L. L.N. 0801196637675 TEL. 2232-0716 CERTIFICACION 9231-15-1050077

Valor en letras: _____

IMPORTE EXONERADO	L.	
IMPORTE EXENTO	L.	
IMPORTE GRAVADO 15%	L.	
IMPORTE GRAVADO 18%	L.	
15% I.S.V.	L.	
18% I.S.V.	L.	
TOTAL A PAGAR	L.	16,600.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

Datos del Adquiriente Exonerado:

No. Correlativo de orden de compra exenta:	
No. Correlativo de constancia de registro exonerado:	
No. Identificación de la SAG:	

FECHA LIMITE DE EMISION: 21/01/2021
Rango Autorizado de Impresión: 000-001-01-00000301 al 000-001-01-00000350
Original: Cliente copia: obligado tributario Emisor

Factura 000-001-01-00 000340

COTIZACION

EMPRESA: ALCALDIA
MUNICIPAL DE SANTA ANA
CONTACTO: Dr.Mejia
FECHA: 18 de Junio
LUGAR: SANTA ANA FM

PRODUCTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
Corizinc de 100 mg	L.13.00	200	L.2,600.00
Azitromicina de 500 mg	L.90.00	120	L.10,800.00
Macro C-19	L.160	20	L.3200.00
TOTAL			L.16,600.00

**SERVICIOS FARMACEUTICOS
NOVAFAR
RTN:0801-9019-133417**

COTIZACION

Fecha: 18 de junio del 2020

ALCALDIA MUNICIPAL DE SANTA ANA

MEDICAMENTO	CANTIDAD	COSTO	TOTAL
Macro C-19	20	170.00	L.3,400.00
Azitromicina	120	95.00	L.11,400.00
Zinc 100 mg	200	L.13.50	L.2,700.00
			L.17,500.00



**DICHA COTIZACION TIENE 3 DIAS DE VALIDEZ
Los productos antes mencionados no tienen línea de crédito**

**Cotización Super Farmacia Simán
Alcaldía Municipal de Santa Ana
18 de junio del año 2020**

**Pharmezinc 326.29
4 cajas 1,035.16**

**Azitromicina unidad 146.40
120 unidades 17,568.00**

**Macro c unidad 175.50
20 unidades 3,510.00**

Total: Lps. 22,113.16



**MARYURY MARTINEZ
CEL. 3188-1745**



Municipalidad De Santa Ana Departamento De Francisco Morazán

Acta De Entrega De Materiales

Yo Tizer Armando Mejia Con Tarjeta De Identidad _____
Vecino De La Comunidad De _____ Hago Constar Que Recibí A
Conformidad Los Materiales Suministrados Por La Municipalidad De Santa Ana, Según Detalle
O/Factura Comercial Adjunta N° _____ Los Que Se Utilizaran En _____
Ubicado En La Comunidad De Centro de Monitoreo Y Se Beneficiaran _____ Personas
De _____ Familias (Niños _____ Adultos _____)

Cantidad	Descripción
200	Conzunc de 100 mg
120	Azetromicina de 500
20	macno c-19

Para Lo Cual Firmo Dando Fe De Haber Recibido A Satisfacción Los Materiales Descritos A Los 19
Días Del Mes De Junio Del Año 2020.

Este Material Será Retirado

En: _____




Firma Del Beneficiario

Alcaldía Municipal

