



DROGUERÍA MÉDICA INTERNACIONAL, S.A. DE C.V.

(DROMEINTER) # SIS 90226820

FINAL AVE. LOS PROCERES, BARRIO SABANAGRANDE, 5ª CALLE APARTADO POSTAL 44
TEGUCIGALPA, HONDURAS, TEL.: PBX (504) 2221-5080 FAX: (504) 2235-9113
CARRETERA SALIDA VIEJA A LA LIMA, CONFECCIONES EL BARÓN, LOCAL N° 505
S.P.S., TEL.: (504) 2557-8680 FAX: (504) 2557-8151, E-mail: star02@dromeinter.com

FACTURA

N° 000-001-01-00226820

CAI: F553F7-8DF87D-E7448E-27AEAD-05408E-5A

R.T.N. 08019000236401

CODIGO	NOMBRE DEL CLIENTE		CONSTANCIA DE REGISTRO EXONERADO ORDEN DE COMPRA EXENTIVA N° DE REGISTRO DE LA S.A.	
05488	"ALCALDIA MUNICIPAL YALUPE" 03:47:39dm		IGCFA-19/00001-2020	
ZONA N°	RESPONSABLE	PEDIDO N°	R.T.N. CLIENTE / ID	
02	"DROMEINTER SA" BOD:002 lmd:		0301789445960	
DIRECCIÓN		AGENTE N°	FECHA	
TEGUCIGALPA		V-176 C-176	27/08/2020	
ESTIMADO CLIENTE		CONDICIONES DE PAGO	FECHA DE VENCIMIENTO	
REVISE LA MERCADERÍA EN PRESENCIA DE NUESTRO EMPLEADO. NO ACEPTAMOS RECLAMOS DESPUÉS DEL RETIRO DE SU MERCADERÍA. LA SUSCRIPCIÓN DE ESTA FACTURA/PAGARÉ CONSTITUYE EVIDENCIA DE HABER RECIBIDO LA MERCADERÍA Y ACEPTADA LA DEUDA CON DROMEINTER, S.A. DE C.V.		CREDITO 0	27/08/2020	

CÓDIGO PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	I S V	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	VALOR TOTAL
	200	UNIDAD	002 ALCOHOL GEL SIN AROMA DR PLUS 500ML UNID12/91 *** ULTIMA LINEA ***	62.00	4	248.00	12.152.00

VALOR DE LA FACTURA EN LETRAS: DOCE MIL CIENTO CINQUENTA Y DOS LEMPTRAS NETOS				TASA ALICUOTA 0%	0.00	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	248.00
				SUB TOTAL GRAVADO 18%	0.00	SUB TOTAL EXENTO	0.00
NOMBRE DEL TRANSPORTISTA: _____ NOMBRE DEL CONDUCTOR: _____				18% I.S.V.	0.00	SUB TOTAL EXONERADO	12.152.00
R.T.N. / ID. DEL TRANSPORTISTA: _____ R.T.N. / ID. DEL CONDUCTOR: _____				T.C.		SUB TOTAL GRAVADO 15%	0.00
VEHICULO: _____ PLACA: _____				US\$			
				15% I.S.V.			0.00
				TOTAL L.		12.152.00	

AUTORIZADO POR	REVISADO POR	REVISADO Y ENTREGADO AL REPARTIDOR POR	REVISADO Y ENTREGADO AL CLIENTE POR	RECIBIDO POR CLIENTE	TOTAL L.
					12.152.00

ORIGINAL DESTINADO AL CLIENTE. EL CLIENTE DEBE ACEPTAR EN ESTE DOCUMENTO LA RECEPCIÓN DE LA MERCADERÍA Y EL PAGO DE LA DEUDA. EL CLIENTE DEBE ENTREGAR ESTE DOCUMENTO AL REPARTIDOR DESPUÉS DE 45 DÍAS DE LA ENTREGA DEL PRODUCTO.

VER CONDICIONES AL REVERSO

PRODUCTO: "ALCALDIA MUNICIPAL YALUPE" 03:47:39dm

PAGARÉ POR L. 12.152.00

NOMBRE: _____

POR ESTE DOCUMENTO PROMETO PAGAR INCONDICIONALMENTE A LA ORDEN DE DROGUERÍA MÉDICA INTERNACIONAL, S.A. DE C.V. (DROMEINTER) EL DÍA _____ DE _____ DE _____ EN LAS OFICINAS DE ESTA CIUDAD, LA CANTIDAD DE: _____

SI ESTE PAGARÉ NO FUESE PAGADO A SU VENCIMIENTO QUEDAMOS OBLIGADOS A PAGAR INTERESES MORATORIOS DEL _____ % MENSUAL SOBRE SALDOS INSOLUTOS.

27 DE 08 DEL 20 20

FIRMA

N.º 00226820



DROGUERIA MEDICA INTERNACIONAL, S.A DROMEINTER
Final Ave. Los Proceres, Bo. Sabanagrande
Tel. 2221-5080, Fax. 2236-9113
R.T.N. 08019000236401
SOLICITUD DE COTIZACION
imeia@dromeinter.com

A continuacion le detallo los producto a cotizar
ALCALDIA DE YAUUYUPE
R.T.N.

Fecha Cotizacion
21-ago-20

ATT: Franklyn Palma

Pagina 1 de 1

No.	Cantidad	Unidad	Descripción	Precios Unit.	TOTAL	Tiempo de Entrega
1	200	Frascos	ALCOHOL GEL SIN AROMA DR PLUS 500 ML	L 62.00	L.12,400.00	INMEDIATA
			*****U L*****		-	
				DÉSCUENTO	L. 248.00	
				Total Lps	L. 12,152.00	

Nota: No se aceptan cambios ni devoluciones, inventario sujeto a movimientos

Observacion: VENTA DE CONTADO FAVOR REALIZAR DEPOSITO EN
CUENTA 1-10004133-2 DE BCO. ATLANTIDA. A NOMBRE
DE DROGUERIA MEDICA INTERNACIONAL.


Firma y Sello
DROMEINTER
DROGUERIA MEDICA
INTERNACIONAL, S.A. DE C.V.
TEGUCIGALPA, HONDURAS, C.A.
MEDICAMENTOS



MUNICIPALIDAD DE YAUYUPE YAUYUPE, EL PARAÍSO

Tel: 2787-89-11

Correo electrónico: alcaldiauyauyupe2018@gmail.com



ORDEN DE PAGO Nº 10401

Municipalidad de Yauyupe, El Paraíso

Fecha: 27 - Agosto - 2020

Unidad Ejecutora: Alcaldía Municipal Yauyupe

Señor Tesorero Municipal: Wendy Ordoñez

Sírvase pagar a la Orden de: Drogueña Médica Internacional S.A. de C.V.

La suma de: Doce mil ciento cincuenta y dos lempiras exactos
(L. 12,152.00) Afectando lo siguiente

Programa:

Subprograma:

Actividad:

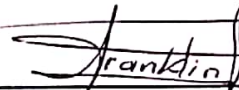
GASTO CORRIENTE

GASTO DE CAPITAL

GASTO POR DEUDA PÚBLICA

G	SG	R	DESCRIPCIÓN	TOTALES	
			por concepto de compra de alcohol	12,152	00
			gel sin aroma de plus 500ml		
				12,152	00

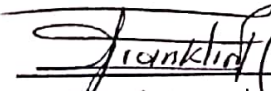
ENAG TM 2230-6767 R.T.N. 0801999408325


FIRMA Y SELLO ALCALDE DEPTO. EL PARAISO


TESORERÍA Wendy Ordoñez
FIRMA Y SELLO OFICINA DE PRESUPUESTO DEPTO. EL PARAISO

Conforme lo arriba descrito, declaro recibir el importe en:

Efectivo _____ Cheque No. _____


Firma interesado



Orden de pedido No. _____

Identidad No. _____

Impuesto Sobre la Renta No. _____

R.T.N. _____

Impuesto Vecinal No. _____

Fecha de pago 27 - Agosto - 2020

DÍA

MES

AÑO

Original: Tesorería / Duplicado contabilidad



PROP. ANDRÉS EDUARDO SANTOS DÍAZ

CAI: 7BC82D-526BE4-C14ABB-20A1EB-23EC5B-B0

Teléfonos: 9451-4725/3397-7428

DÍA

8

MES

Sept 1964

AÑO

2020

Cliente:

Dirección:

R.T.N.

E-mail: andresantos407@icloud.com

R.T.N. 08011978069185

CANTIDAD OTORGADA: 000-001-01-000000001-AL 000-001-01-00001000

No. Correlativo de la O/C Exenta

IMPORTE GAVADO L.

No. Constancia R/E

DESCUENTO L.

No. Registro de la S.A.G.

IMPORTE EXENTO L.

IMPORTE EXONERADO L.

I.S.V. 15% L.

I.S.V. 18% L.

TOTAL LPS. 13,728.00

FACTURA N°

Original: CLIENTE
Cópia: EMISOR

000-001-01-0000000074

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 07/01/2021

Cantidad en letras:

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS. EXHALA.





MUNICIPALIDAD DE YAUYUPE YAUYUPE, EL PARAÍSO

Tel.: 2787-8911

Correo Electrónico: alcaldiauyauyupe2018@gmail.com



ORDEN DE PAGO

Nº 010446

Municipalidad de Yauyupe, El Paraíso

Fecha: 9- Septiembre - 2020

Unidad Ejecutora: Alcaldía Municipal Yauyupe

Señor Tesorero Municipal: Wendy Ordoñez

Sírvase pagar a la Orden de: Micro System

La suma de: trece mil setecientos cuarenta lempiras

(L. 13,740.00) Afectando lo siguiente _____

Programa: _____

Subprograma: _____

Actividad: _____

GASTO CORRIENTE _____ GASTO DE CAPITAL _____ GASTO POR DEUDA PÚBLICA _____

G	SG	R	DESCRIPCIÓN	TOTALES
			por concepto de compra de 70 batas quirúrgicas, 40 pruebas covid	13,740.00
			se comoro el 8-9-20	13,740.00

Franklin
FIRMA Y SELLO ALCALDE



Wendy Ordoñez
FIRMA Y SELLO OFICINA DE PRESUPUESTO

Conforme lo arriba descrito, declaro recibir el
importe en:

Efectivo _____ Cheque No. _____

Franklin
Firma Interesado

Orden de pedido No. _____

Identidad No. _____

Impuesto Sobre la Renta No. _____

R.T.N. _____

Impuesto Vecinal No. _____

Fecha de pago 09- Septiembre - 2020

DÍA MES AÑO

Original: Tesorería / Duplicado Contabilidad

Col. San José de la Vega, calle principal, bloque # 8, casa N° 4910, F.M.

CAI: 7BC82D-526BE4-C14ABB-20A1EB-23EC5B-B0

DÍA

47

MES

AÑO

2020

Cliente:

Dirección:

R.T.N. 0801-700 44 to 900

E-mail: andresantos407@icloud.com

R.T.N. 08011978069185

CANTIDAD OTORGADA: 000-001-01-00000001-AL 000-001-01-00001000

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 07/01/2021

Cantidad en letras:

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS. EXIJALA

Escaneado con CamScanner



Correo Electrónico: alcaldiaayuyupe2018@gmail.com

№ 010445

Actividad: _____

GASTO CORRIENTE _____ GASTO DE CAPITAL _____ GASTO POR DEUDA PÚBLICA _____

			DESCRIPCIÓN
G	SG	R	
			TOTALES
por concepto de compra de 6 galones de alcohol			1,140.00
			1,140.00

ALCALDE

FIRMA Y SELLO OFICINA DE PRESUPUESTO

Conforme lo arriba descrito, declaro recibir el
importe en:

Efectivo _____ Cheque No. _____

Firma Interesado

Orden de pedido No. _____

Identidad No. _____

Impuesto Sobre la Renta No. _____

R.T.N.

Impuesto Vecinal No. _____

Fecha de pago 01- Septiembre- 2020

DIA MES AÑO

