



GERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

**DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES Y
CONTRATACIONES**

Reporte de Compras en el marco de la
Emergencia COVID-19

Del 21 al 25 Febrero de 2021

+siguenos



www.ampuertocortes.hn
Municipalidad de Puerto Cortes

MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS

DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES

E-mail: dac@ampuertocortes.hn

Teléfono: 2665-3228

.....

MEMORANDUM

Para: Marco Tulio Calix
Oficial de Información Pública

De: Abg. Indira Funes
Jefe DAC



Fecha: 25 de Febrero de 2021

Asunto: Remisión de Información.

.....

Remito a usted el Informe de Compras realizadas por este Departamento referentes a "Emergencia COVID-19" durante el periodo del 21/02/2021 hasta la fecha.

COMPRAS DE BIENES / INSUMOS

Fuente de Financiamiento	Nombre Institución	Monto Asignado	Nombre Proveedor	No de Contrato	Tipo De Adquisición	Nombre De Oferentes / Cotizaciones Y Valores	No. Artículo / No. Serie	Nombre Y Descripción Del Bien O Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Unidades por Lote	Valor Del Artículo	Tasa De Cambio	Valor Total	No. Orden De Compra	Nombre Quien Recibe	Fecha De La Compra	Fecha De Recepción	Destino Final	Criterio De Evaluación	Numero de Contrato Adjudicado	Fecha de Pago	Monto Pagado	Numero de Factura
Fondos Municipales	Municipalidad de Puerto Cortés	180,000.00	IMECSA	N/A	Bienes	IMECSA (L.180,000.00), Droguería Medinter (L.190,000.00), Royal Doors of Maerica S.A. (L.238,000.00), Droguería Benelpharma S de RL (L.280,000.00), Comereca (L.470,000.00)	N/A	Pruebas rápidas de anticuerpo	2000	90.00	2000	180,000.00	N/A	180,000.00	075-2021	Roman Zuniga	15/2/2021	15/2/2021	Central Medica CODEM	Precio	N/A	15/2/2021	180,000.00	000-001-01-00003174
Fondos Municipales	Municipalidad de Puerto Cortés	190,000.00	Centro de Patología Clínica	N/A	Bienes	Centro de Patología Clínica (L.190,000.00), IMECSA (L.280,000.00), Comereca (L.270,000.00)	N/A	Kít de Medios de Transporte Viral (Pruebas PCR)	2000	95.00	2000	190,000.00	N/A	190,000.00	077-2021	Roman Zuniga	19/2/2021	19/2/2021	Central Medica CODEM	Precio	N/A	19/2/2021	190,000.00	000-001-01-00002801


MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS
 UN COMPROMISO DE TODOS
APARCERÍA PÚBLICA DEL GOBIERNO CENTRAL DEL PARAGUAY
 Dirección: Barrio La Curva, 1ra. Ave. entre 13 y 14 Calle Este.
 Teléfono: +59412665-3228
 Horario de Atención: Lunes a Viernes de 7:30 a 4:00 p.m.
 Dirección de la Oficina: Barrio La Curva, 14 calle 1 y 3 avenida.
 Responsable del Departamento: Indira Clarisa Funes Rodriguez



MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS

COTIZACIÓN

CODIGO: CA-DAC-F008
VERSION: 01

Día: 2 Mes: 02 Año: 2021

Nombre: IMECSA Contacto: Manuel Luis

Dirección: Bo. Sur 14 Av. y local 16, Plaza Bolívar, P.R.S. Teléfono: 9920-1247

RTN: 08019995304185

Correo Electrónico: manuel@imecsahonduras.com

Periodo de Vigencia: 15 Días

Item	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	Precio		Producto Grabado o Exento	
				Unitario	Totales	G	E
1	2000	Unidad	Pruebas Rápidas de Anticuerpo	L.90.00	L.180,000.00		✓

Observaciones: 1-3 Días de entrega una vez confirmada la orden de compra y pago.

Sub Total Exento: L.180,000.00
 Sub Total Grabado:
 15% IVA:
 TOTAL: L.180,000.00

Forma de pago: Contado ó Crédito (días)

Tiempo de entrega: Tu Mediate

Lugar de entrega: Municipalidad de Puerto Cortés.

Uso Exclusivo de La Municipalidad de Puerto Cortés
 Cotizador: [Firma]
 DEPARTAMENTO DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES
 DAC/MPC

[Firma]
 Representante de la Empresa
 Firma y Sello
 IMECSA
 TECNOLOGIA MEDICA



MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTÉS

COTIZACIÓN

CODIGO: CA-DAC-F008
VERSION: 01

Día	Mes	Año
2	2	2021

Nombre: _____ ROYAL DOORS OF AMERICA SA
 Dirección: _____ 7 CALLE 16 AVE NO BARRIO LOS ANDES, SPS
 RTN _____ 05019013551463

Contacto: _____ NICK BENDECK
 Teléfono: _____ 2550-2073

Correo Electrónico nick.bendeck@royaldoorsofamerica.c

Período de Vigencia _____ 10 DIAS

Item	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	Precio		Producto Grabado o Exento	
				Unitario	Totales	G	E
1	2000	Unidad	Pruebas Rápidas de Anticuerpo SafeCare Biotech	114.00	228,000.00		X
							X

Observaciones:

Sub Total Exento	228,000.00
Sub Total Grabado	
15% IVA	
TOTAL	228,000.00

Forma de pago: Contado ó Crédito (días) _____
 Tiempo de entrega: _____ INMEDIATO
 Lugar de entrega: _____ SAN PEDRO SULA

Uso Exclusivo de La Municipalidad

Joel Jara
Cotizador

Representante de la Empresa
 Firma y Sello



Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes

ORDEN DE PAGO

No. 172637

Cheque No.

68545
Bepw

FECHA: PUERTO CORTES, 18 DE FEBRERO DEL 2021

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Valor L.

Beneficiario: IMECSA

*****178,200.00

La suma de:

**** CIENTO SETENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CON 00/100 ****

PAGO POR COMPRA DE 2,000 PRUEBAS RAPIDAS DE ANTICUERPO PARA SER UTILIZADO EN EL TRIAJE CENTRAL Y DIFERENTES BRIGADAS MEDICAS.

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripcion	Debe	Haber
04-12-572	180,000.00	504-12-572	0082862	SUBSIDIOS A INST. DE	180,000.00	0.00
		212-01-007		RETENCION 1% SOBRE BIENES Y	0.00	1,800.00
TOTAL L.					180,000.00	1,800.00
				TOTAL L.		178,200.00



Alcalde o Administrador Municipal



Firma del Tesorero

x Livan Martinez
Firma Interesado



Firma del Contador
18/02/2021

REVISION CONTABILIDAD DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra:

Contrato/Adenda: no

Garantias: no

Req. Solicitud:

Cotizaciones: no

Comp. de Est Acta: no

Informe Ing/Rep/Ch: no

Factura Recibos:

Observaciones: -

Fecha: -

x 0820-1995-00322
Identidad

Solvencia Municipal No.

Revisó



MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES

ORDEN DE COMPRA

CODIGO: CA-DAC-F010

VERSION: 01

No. **076-2021**

NOMBRE: IMECSA

LUGAR: SAN PEDROSULA

FECHA 5/2/2021

Solicitante: CODEM

ITEM	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS	
				PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	2,000	Unidades	Pruebas rapidas de anticuerpo	90.00	180,000.00
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-

Sub Total Exento 180,000.00

Sub Total Gravado

Gran Subtotal 180,000.00

15% IVA

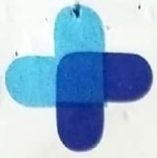
Gran Total **L180,000.00**

1% ISR 1,800.00

Total a Pagar **L178,200.00**

Observaciones:


Alcaldía



IMECSA
TECNOLOGÍA MÉDICA

IMPORTADORA MEDICA CENTROAMERICA S.A. DE C.V
Barrio Suyapa 14 Ave. 10 Calle Sur Oeste Plaza Belén Local 3
Barrio Rio de Piedra 9 y 10 CLL 17 Ave.
San Pedro Sula, Honduras C.A.
Tel: 2553-8187 / 2504 7598 / 9480-8965 / 2540-0580
E-mail: imecsahonduras@gmail.com
RTN: 08019995304185

Cliente: Municipalidad de Puerto Cortes. Fecha: 15 febrero 2021

RTN: _____ Contado Crédito Días 15

Dirección: Puerto Cortes. Orden de Compra: _____

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANT.	PRECIO UNITARIO	TOTAL
	<u>Pruebas Rápidas de Anticuerpo COVID-19</u>	<u>2,000</u>	<u>90 =</u>	<u>180,000</u>
	<u>Marca: Safecare Biotech.</u>			
	<u>Caja incluye: 25 unid.</u>			

PAGADO

DATOS DEL ADQUIRENTE EXONERADO	DESC./REBAJAS L.
N° Correlativo de orden de compra exenta _____	IMP. EXENTO L. <u>180,000</u>
N° Correlativo de constancia de registro exonerado _____	IMP. EXONERADO L.
N° identificativo del registro de la SAG _____	IMP. GRAVADO 18% L.
FACTURA 000-001-01-00 N° 003174	18% I.S.V. L.
Total en Letras: <u>Ciento Ochenta mil lapepas</u>	IMP. GRAVADO 15% L.
	15% I.S.V. L.
	TOTAL L. <u>180,000</u>

NOTA: CADA FACTURA VENCIDA TENDRA UN RECARGO DE 3% MENSUAL SOBRE EL VALOR TOTAL. La Factura es beneficio de todos " Exijala "

CAI: 71B1B7-31C27A-CF44B5-41C1EA-5A4B83-84
FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 06/07/2021
Rango Autorizado: 000-001-01-00003001 al 000-001-01-00004000
Original: cliente 1er Copia: Contabilidad 3ra Copia: Obligado Tributario Emisor
IMPRESOS MEJIA SRL DE CV Tel: 2555-0561 R.T.N: 05019006485110, CERTIFICADO: 9231-19-10500-315

IMECSA
TECNOLOGÍA MÉDICA
Stephanne Lopez
Firma Autorizada



MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES

ORDEN DE COMPRA

CODIGO: CA-DAC-F010

VERSION: 01

NOMBRE: CENTRO DE PATOLOGIA CLINICA S.A

LUGAR: TEGUCIGALPA

No. 077-2021

FECHA 5/2/2021

Solicitante: CODEM

ITEM	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	VALOR EN LEMPIRAS	
				PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	2,000	Unidades	Medio de Transporte viral, tubo de 2 ml	45.00	90,000.00
2	2,000	Unidades	Hisopo Flocado,esteril de Poliester	50.00	100,000.00
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-
					-

Sub Total Exento 190,000.00

Sub Total Gravado

Gran Subtotal 190,000.00

15% IVA

Gran Total **L190,000.00**

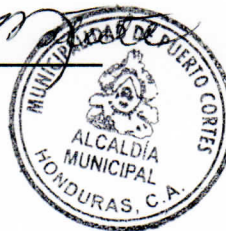
1% ISR 1,900.00

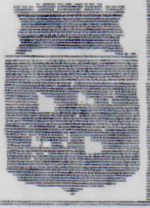
Total a Pagar **L188,100.00**

Observaciones:

[Handwritten Signature]

Alcaldía





Municipalidad de Puerto Cortes, Cortes
ORDEN DE PAGO

No. 172650
 Cheque No. 68556
 Bepu

FECHA: PUERTO CORTES, 18 DE FEBRERO DEL 2021

Tesorero(a) Municipal: Sirvase pagar a:

Valor L.

Beneficiario: CENTRO DE PATOLOGIA CLINICA S.A.

*****188,100.00

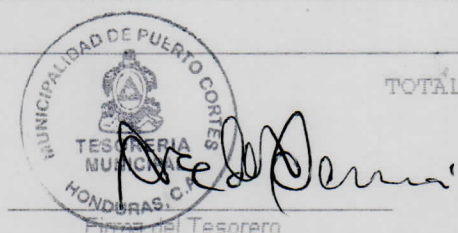
La suma de:

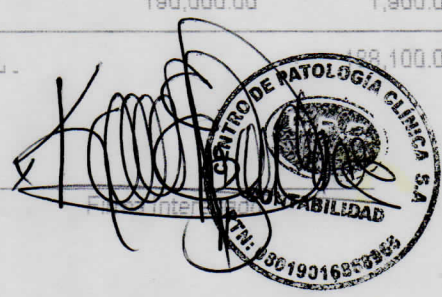
**** CIENTO OCHENTA Y OCHO MIL CIEN CON 00/100 ****

PAGO POR COMPRA DE MEDIO DE TRANSPORTE VIRAL, TUBO DE 2ML, HISOPO FLCOADO ESTERIL DE POLIESTER, PARA SER UTILIZADO EN EL TRIAJE CENTRAL Y DIFERENTES BRIGADAS MEDICAS. (CODEM)

Presupuesto	Valor L.	Contabilidad	Req.	Descripcion	Debe	Haber
04-12-572	190,000.00	504-12-572	0082871	SUBSIDIOS A INST. DE	190,000.00	0.00
		212-01-007		RETENCION 1% SOBRE BIENES Y	0.00	1,900.00
TOTAL L.					190,000.00	1,900.00


 Contador


 Firma del Tesorero


 Firma del Beneficiario

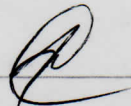
18/02/2021 julio84

REVISION CONTABILIDAD
 DOCUMENTOS SOPORTE O/P

Orden de Compra: NA
 Contrato/Addenda: NA
 Garantías: NA
 Req. Solicitud:
 Cotizaciones: NA
 Comp. de Ent Acta: NA
 Informe Ing/Rep/Ch: NA
 Factura Recibos:
 Observaciones: -
 Fecha: _____

X0801197407517
 Identidad

Solvencia Municipal No.

Revisó 



CENTRO DE PATOLOGÍA CLÍNICA S.A.

R.T.N.: 08019016868965
EDIFICIO CÁCERES, PRIMER PISO,
AVENIDA JUAN MANUEL GALVEZ 712,
COLONIA ALAMEDA, CONTIGUO REFRIPARTES,
TEGUCIGALPA, HONDURAS.
TEL: (504) 2232-5406 / 2239-0691 / 9992-3307 / 9437-9482
Correo electrónico: director@cpchn.org / www.cpchn.org

D.I.: 2801

FACTURA

N° 000-001-01-00002801

CAI: 2AA394-A298E1-BA49BA-992D2D-E2F8F0-C7
Rango Autorizado del 000-001-01-00002801 al 000-001-01-00003300
Fecha Limite de Emisión 15/02/2022

CLIENTE: MUNICIPALIDAD DE PUERTO CORTES CODIGO: 100184 TELEFONO: R.T.N.: 03019000044953 DIRECCIÓN: BO. LA CURVA 13 Y 14 CLL. 2 AVE. DIRECCIÓN: CORTES OBSERVACIONES:	FECHA: 19 FEBRERO 2021 CONDICIONES DE PAGO: CONTADO
--	--

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNIT.	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	PRECIO TOTAL
2000	MEDIO TRANSP VIRAL MTV 2ML	75.00		150,000.00
2000	HISOPD ESTERIL D/NYLON NASOFAR	50.00		100,000.00
		PAGADO		
TOTAL			L. 60000.00	L.250,000.00

VALOR EN LETRAS:
CIENTO NOVENTA MIL LPS. CON 0 CTVS.

O. de C. Exenta #: _____
Const. de Reg. de Exonerados #: _____ Reg. SAG #: _____

IMPORTE EXONERADO	L.
RECARGOS	L.
IMPORTE EXENTO	L.190,000.00
IMPORTE GRAVADO 15%	L.
IMPORTE GRAVADO 18%	L.
I.S.V. 15%	L.
I.S.V. 18%	L.
TOTAL A PAGAR	L.190,000.00



Debemos y pagaremos incondicionalmente a la orden de Centro de Patología Clínica S.A., el importe total de este documento, valor recibido a mi entera satisfacción. En caso de no pagar a su vencimiento, este pagaré causará intereses moratorios a razón del 5% mensuales, pagaderos junto con el principal.

No se aceptan reclamos ni devoluciones una vez entregado el producto.

La factura es beneficio de todos, ¡Exijala!

FIRMA DE CONFORMIDAD