MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

Honduras, C.A.

Emisión: 08/03/2024
Hora : 04:40 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9198
L.: 3,710.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7409
Fecha de Emision: 8/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7475
Paguese a: WILSON ADONY MORALES CRUZ Id/RTN: 1604199300520
La Cantidad en Letras: TRES MIL SETECIENTOS DIEZ CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

1 Mantenimiento preventivo y correctivo realizado a Motocicleta Honda XR250 Tornado color blanco placa N° BAR7771 asignada a Promotor de Salud de UAPS LA FLECHA, Cambio de Baterías Y7X7-B5 para Motocicleta Honda Tornado XR250 Placa N°BAR7770 y Motocicleta KMF con placa N° MBC6201 asignada a CIS Macuelizo del Modelo Descentralizado de Salud

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 23200 14-012-01	Mantenimiento y Reparación de Equipos y Medios de Transporte	3,710.00

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	3,710.00
	Monto Total:	3,710.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	3,710.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	3,710.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:
Identidad No.:

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jIkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

Salud
Gobierno de la República

Solicitud

Modelo Descentralizado de Salud, Macuelizo, Santa Bárbara.

31 de enero de 2024

Licda. Edenia Romero, Administradora del Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo, Santa Bárbara.

Por este medio se le hace la solicitud para el mantenimiento preventivo y correctivo para la motocicleta Honda Tornado 250 con Placa BAR7771 asignado a la UAPS La Flecha, para realizar las actividades de campo asignadas al establecimiento de Salud donde le solicitamos que se le haga mantenimiento general a la motocicleta teniendo un kilometraje de 23,120 km:

- Cambio de aceite
- Cambio de filtro de aceite
- Limpieza de carburador
- Revisión del cableado
- Engrase
- Revisión de luz principal
- Cambio de filtro de Aire

Esperamos una pronta respuesta de su parte, bendiciones.

SECRETARÍA DE SALUD U.S. LA FLECHA REGIÓN SANITARIA No. 18 MACUELIZO SANTA BÁRBARA, HONDURAS

Coordinadora del Establecimiento

Promotor de Salud

TALLER DE MOTOS MORALES

INVERSIONES M & C

R.T.N. 16041993005206

Tel: 9853-5305 E-mail: wilson_morales2011@hotmail.com

B° Agualote, atrás de la Iglesia Católica, Azacualpa Santa Barbara, Hond. C.A.

COTIZACIÓN

Nº 000008

Cliente: Municipalidad de Macuelizo

R.T.N: 1613-9011-360075

Dirección: Macuelizo S.B DIA 31 MES 01 AÑO 24

Color: Honda XR250

Placa:

CANT.	DESCRIPCION	P/UNIT.	TOTAL
1	Cambio de Aceite sintetico		390.00
1	Filtro de Aceite		100.00
-	Revisión sistema electrico		350.00
-	Limpieza de Carburador		200.00
-	Engrase Completo		270.00
-	Cambio de Filtro Aire		480.00

SUB - TOTAL L.		
IMPUESTO S/V 15% L.		
TOTAL A PAGAR L.		1,790.00

TALLER DE MOTOS MORALES
TALLER MORALES
Tel: 9853-5305
Azacualpa. Valle SB

Wilson M

FIRMA

SIGRA R.T.N. 04011974008267 TEL: 2661-2349 1 TAL 001 A 050 11/12/2023

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

AUTORIZACION

Fecha: 31/Enero/2024

Tipo de Equipo: Motocicleta

Marca del Equipo: Honda XR250 Tornado

Número de Inventario o placa: BAR7771

Si es Vehículo agregar Kilometraje: 23,120 km

Departamento asignado: Promoción UAPS La Flecha

Tipo de reparación o Mantenimiento Solicitado:

- Cambio de Aceite
- Cambio de filtro de aceite
- Limpieza de Carburador
- Revisión del cableado
- Engrase
- Revisión de luz principal
- Cambio de filtro de aire

Nombre del Responsable del Equipo: Abel Antonio Madrid con N° DNI **1613-1994-00887**

Firma del Responsable del Equipo: _____

Taller donde se llevó a cabo la reparación: Taller Morales / Inversiones M&C

Nombre del Mecánico: Wilson Adony Morales Cruz

Firma y Sello del Proveedor: _____

TALLER DE WILSON MORALES
Tel: 9853-5305
Azacualpa, Valle SB

Firma y Sello de Autorización: _____

DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO S.B.
ADMINISTRACIÓN

Licda. Edenia Romero
Administradora GDSS

INVERSIONES M & C

R.T.N.: 16041993005206

Bo. Barrio Agualote, calle principal, Atras de la Iglesia Catolica, Azacualpa S. B.

TEL.:9853-5305, Correo Electrónico: wilson_morales2011@hotmail.com CAI:CA24D3-131FF2-714FBE-E95A31-224CF4-F0

Fecha		
31	01	24

Nombre: Municipalidad Macuelizo R.T.N.: 1613-9011-360075

Direccion: Macuelizo, Santa Barbara.

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS	TOTAL
1	Cambio de Aceite sintetico			390.00
1	Filtro de Aceite			100.00
-	Revisión Sistema Electrico			350.00
-	Limpieza de Carburador			200.00
-	Engrase Completo			270.00
-	Cambio Filtro Aire			480.00

TALLER DE MOTOS MORALES Tel: 9853-5305 Azacualpa, Valle S.B.

Valor en Letras L.: Mil setesientos Noventa.

Descuentos y Rebajas L.	
Importe Exonerado L.	
Importe Exento L.	
Importe I.S.V. 15% L.	
Importe I.S.V. 18% L.	
I.S.V. 15% L.	
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	1,790.00

Rango autorizado 000-001-01-00001951 a 000-001-01-00002000 Fecha Recepción: 28/12/2023 - Limite de Emision: 28/12/2024

Imprenta Inversiones Rocaes, Cel. 9928-1606 - R.T.N. 16181987007332 - Certificado N. 9231-23-10500-70

Original: Cliente + Copia: Obligado Tributario

Contado ☐ Credito ☐

N° Correlativo de Orden Exenta _____

N° Correlativo de Constancia de Registro Exonerada _____

N° Identificativo del Registro de la SAG _____

FACTURA 000-001-01-00001960

"La Factura es beneficio de todos, Exijala"

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16041993005206
Nombre o Razón Social:	WILSON ADONY MORALES CRUZ
Nombre Comercial:	INVERSIONES M & C
Profesión u Oficio:	TECNICO, COMERCIO
Teléfono:	98535305
Email:	wilson_morales2011@hotmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:BARRIO AGUALOTE, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: NA, MUNICIPIO: AZACUALPA, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: BARRIO AGUALOTE, PRINCIPAL, No. NA, MUNICIPIO: AZACUALPA, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN:	16181987007332
Nombre Comercial:	ESPINOZA SANTOS ROBERTO CARLOS

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00001960
Fecha de Autorización:	28/12/2023
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	28/12/2024
CAI:	CA24D3-131FF2-714FBE-E95A31-224CF4-F0
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00001951
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00002000

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

Solicitud

Modelo descentralizado de Salud

Para: administracion

el Motivo de la presente es para solicitarle el cambio de bateria para la motocicleta Honda Tornado XR 250 asignada a la unidad de salud de la Flecha.

esperando su Respuesta.

Atte

W. Rmv pa3

Salud

Gobierno de la República

Secretaria de salud.

CIS Macuelizo, Enero 26 2024.

Lic. Edenia Beatriz Romero.

Admón.

La paz del señor este con Ud. Deseando éxitos en sus labores.

La presente es para solicitar una batería para la motocicleta KMF con placa MBC6201 asignada a mi persona ya que la actual se dañó y necesita cambio.

Agradeciendo de antemano su colaboración.

De Ud.

Fredy Osman Cárdenas.

Marco Normativo SESAL

SECRETARIA DE SALUD, MACUELIZO S.B.
MARCO NORMATIVO
MUNICIPAL
CIS MACUELIZO

TALLER DE MOTOS MORALES

INVERSIONES M & C

R.T.N. 16041993005206

Tel: 9853-5305 E-mail: wilson_morales2011@hotmail.com

B° Agualote, atrás de la Iglesia Católica, Azacualpa Santa Barbara, Hond. C.A.

COTIZACIÓN

Nº 000009

Cliente: Municipalidad de Macuelizo

R.T.N: 1613-9011-360075

Dirección: Macuelizo S.B. DIA 30 MES 01 AÑO 24

Color: KMF Azul y Honda Tornado blanca

Placa:

CANT.	DESCRIPCION	P/UNIT.	TOTAL
2	Baterias YTX7-BS	960.00	1,920.00
	Con 3 meses de garantía		
		SUB - TOTAL L.	
		IMPUESTO S/V 15% L.	
		TOTAL A PAGAR L.	1,920.00

TALLER DE MOTOS MORALES Tel: 9853-5305 Azacualpa, Valle S.B.

FIRMA

SIGRA R.T.N. 04011974008267 TEL: 2661-2349 1 TAL 001 A 050 11/12/2023

INVERSIONES M & C

R.T.N.: 16041993005206

Bo. Barrio Agualote, calle principal, Atras de la Iglesia Catolica, Azacualpa S. B.

TEL: 9853-5305, Correo Electrónico: wilson_morales2011@hotmail.com CAI:CA24D3-131FF2-714FBE-E95A31-224CF4-F0

Fecha		
31	01	24

Nombre: Municipalidad Macuelizo R.T.N.: 1613-9011-360075

Direccion: Macuelizo, Santa Barbara.

CANT.	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO		DESCUENTOS Y REBAJAS		TOTAL	
2	Baterias Y7x7-BS	960	00			1,920	00
	Con 3 meses de						
	Garantia						

TALLER DE MOTOS MORALES
Tel: 9853-5305
Azacualpa, Valle S. B.

Valor en Letras L.: Mil Novecientos veinte.

Descuentos y Rebajas L.		
Importe Exonerado L.		
Importe Exento L.		
Importe I.S.V. 15% L.		
Importe I.S.V. 18% L.		
I.S.V. 15% L.		
I.S.V. 18% L.		
TOTAL A PAGAR L.	1,920	00

Rango autorizado 000-001-01-00001951 a 000-001-01-00002000 Fecha Recepción: 28/12/2023 - Limite de Emision: 28/12/2024

Imprenta Inversiones Rocaes, Cel. 9928-1606 - R.T.N. 16181987007332 - Certificado N. 9231-23-10500-70

Original: Cliente + Copia: Obligado Tributario

Contado ☐ Credito ☐

N° Correlativo de Orden Exenta _____

N° Correlativo de Constancia de Registro Exonerada _____

N° Identificativo del Registro de la SAG _____

FACTURA 000-001-01-00001961

"La Factura es beneficio de todos, Exijala"

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16041993005206
Nombre o Razón Social:	WILSON ADONY MORALES CRUZ
Nombre Comercial:	INVERSIONES M & C
Profesión u Oficio:	TECNICO, COMERCIO
Teléfono:	98535305
Email:	wilson_morales2011@hotmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:BARRIO AGUALOTE, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: NA, MUNICIPIO: AZACUALPA, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: BARRIO AGUALOTE, PRINCIPAL, No. NA, MUNICIPIO: AZACUALPA, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN:	16181987007332
Nombre Comercial:	ESPINOZA SANTOS ROBERTO CARLOS

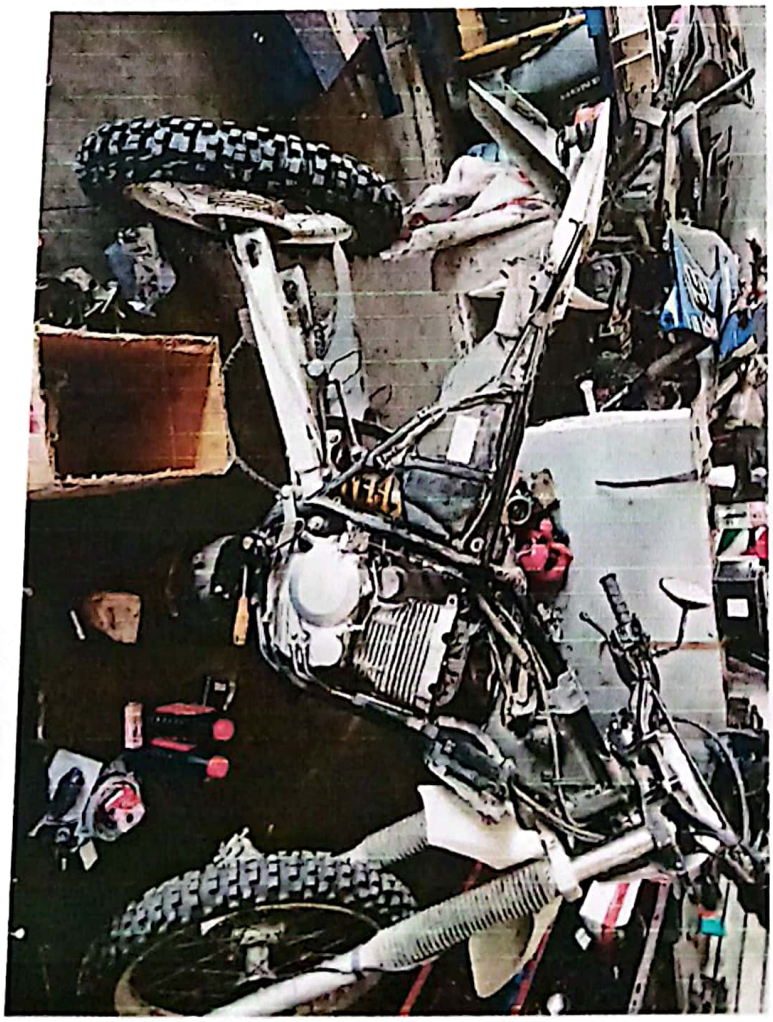
GENERALES

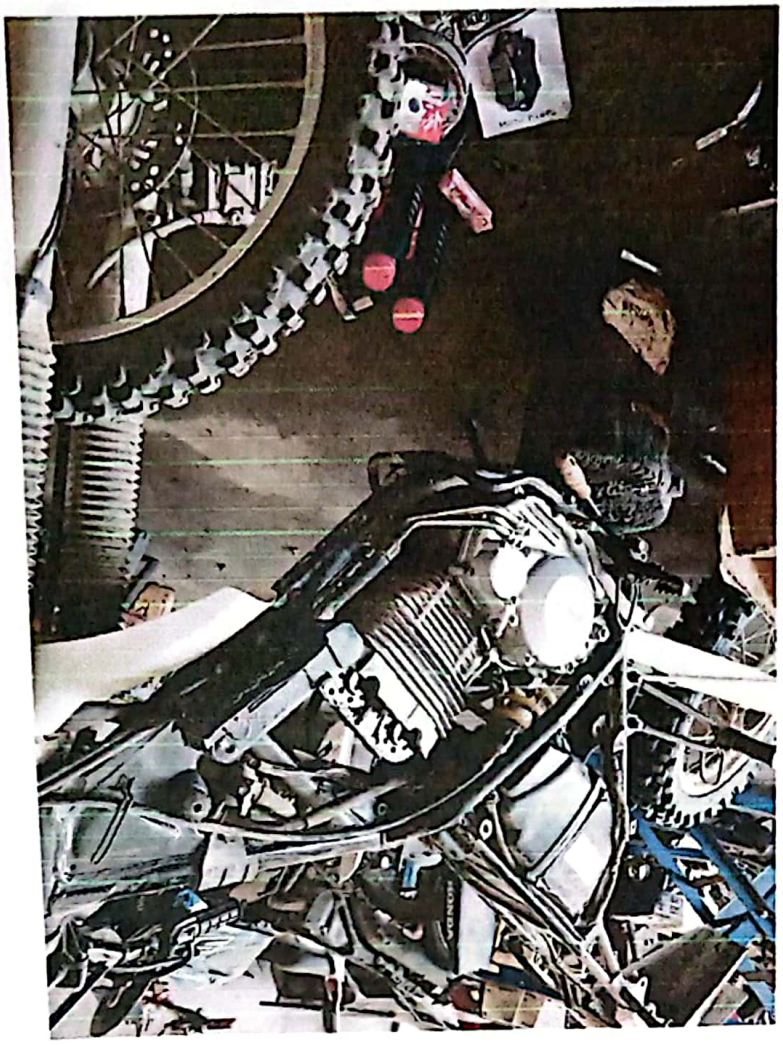
Número del Documento:	000-001-01-00001961
Fecha de Autorización:	28/12/2023
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	28/12/2024
CAI:	CA24D3-131FF2-714FBE-E95A31-224CF4-F0
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00001951
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00002000

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn





Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto Nº 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto Nº 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto Nº 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas. Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley Nº 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta, Nº 20602 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973

Ministra Directora

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento DEI-412- 2129915 Transacción: 5D3A05

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 16041993005206

WILSON ADONY MORALES CRUZ
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☑	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Fecha de Emisión: 2015/11/13

Sistema de Administración Municipal Integrado

SAMI

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

Honduras, C.A.

Emisión: 08/03/2024
Hora : 04:41 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9199
L.: 1,000.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7410
Fecha de Emision: 8/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7478
Paguese a: SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
Id/RTN: 16019016867914
La Cantidad en Letras: UN MIL CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Compra de Insumos Odontológicos según orden de Compra N° 17-2024 para el área de Odontología del Establecimiento de Salud de CIS MACUELIZO (1 Lubricante Dentsoly Sirona) en cumplimiento a la cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 39560 14-012-01	Materiales y Suministros Odontológicos	1,000.00

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	1,000.00
	Monto Total:	1,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	1,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	1,000.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorero

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA TESORERIA MUNICIPAL

Recibido por:

Identidad No.:

0s+js/j9JmexcG081jfMlvy1TtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAle2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAlOWdleqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

Salud

Gobierno de la República

Secretaria de Salud.

CIS Macuelizo 22 de febrero 2024

Lic. Edenia Beatriz Romero

Admón. Modelo de Salud.

Le saludamos y deseamos éxitos en sus labores.

Por medio de la presente solicitamos :

1 frasco de lubricante para alta velocidad

Agradeciendo de antemano su atención.

Dra. Eva Argentina Colindres

Coordinación CIS

CMO DENTAL S DE RL

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL RTN#:16019015867914

CORREO: cmosanluis0708@gmail.com Tel. 2657-2003/ 9502-4641 B ˚ El Centro calle del comercio San Luis, Santa Bárbara

AREA DE VENTAS

CLIENTE : MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
RTN :16139011360075
DIRECCION: MACUELIZO SANTA BARBARA

22/02/2024

CANTIDAD	CODIGO	DESCRIPCION	P. UNI	TOTAL
1		LUBRICANTE SIRONA	L.1,000.00	L.1,000.00

SUBT	L.1,000.00
ISV	L.0.00
TOTAL	L 1,000.00

Valido por 7 días.

SECRETARIA DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 17-2024

lunes 26 de febrero de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
CMO DENTAL S. DE R.L.	**ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD**

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
1	1	Lubricante Dentsoly sirona	Spray	1	L 1,000.00	L 1,000.00
					Sub-Total	**L 1,000.00**
					Impuesto	**L -**
					Total	**L 1,000.00**

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR GESTOR
ADMINISTRACION	**COORDINACION**	**ALCALDESA**
Licda. Edenia Romero	**Lic. Ever Garcia**	**Licda. Suyapa Jacqueline Trejo**

RECIBIDA LA O.C POR PROVEEDOR
Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B
RTN: 16139011360075

Salud
Gobierno de la República

MACUELIZO SANTA BARBARA

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Medico Odontologo CIS MACUELIZO** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Lubricante Dentsoly sirona	Spray	1	1,000.00	L 1,000.00
				SUB TOTAL	L. 1,000.00
				15% ISV	L. -
				TOTAL	L. 1,000.00

Nota: Dichos insumos seran manejados bajo cardex en cumplimiento a Lineamientos SESAL

Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

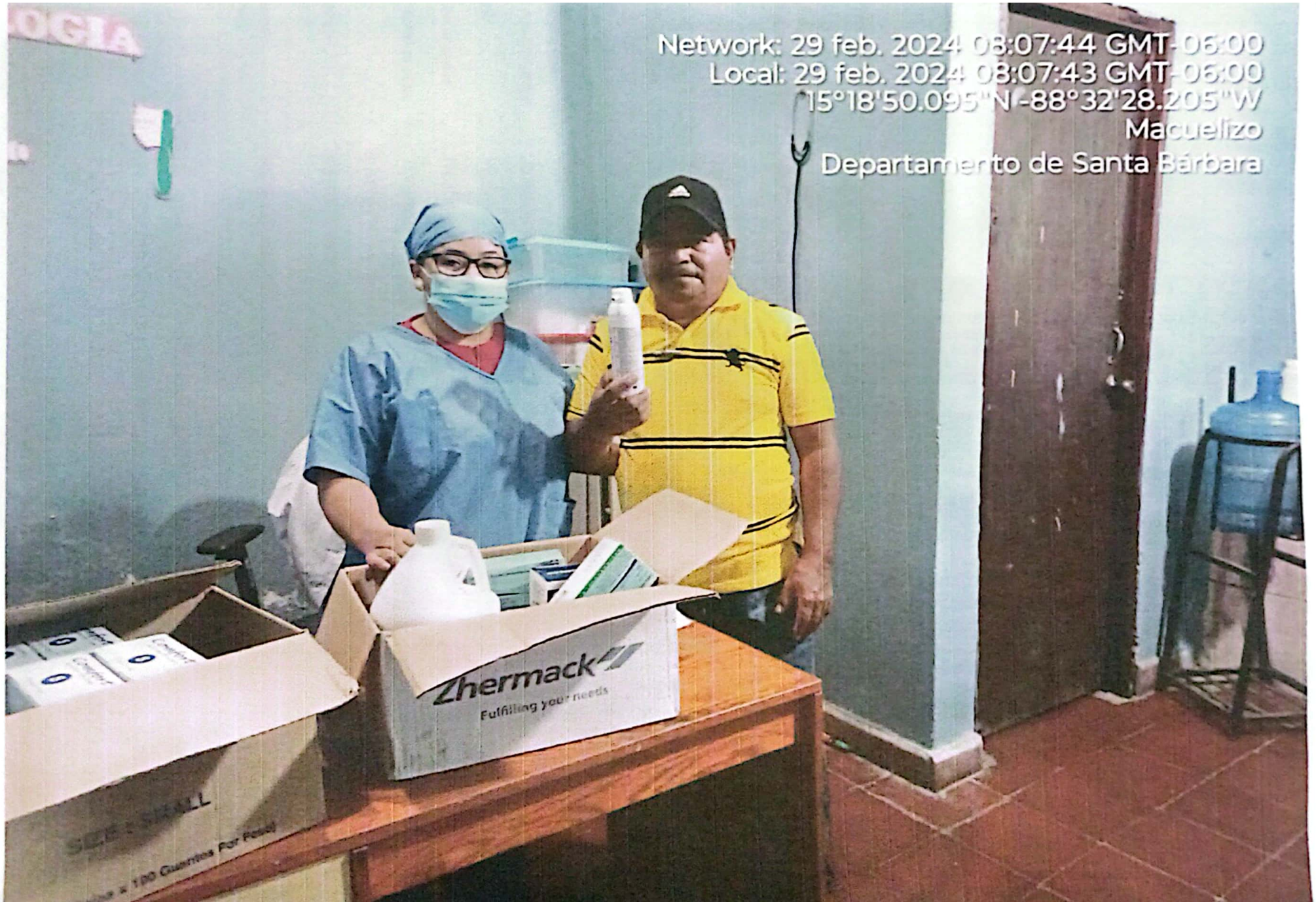
Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 29 Febrero 2024

ENTREGADO POR
NOMBRE: German Lopez
CARGO: motorista.

RECIBIDO POR
NOMBRE: Eva Argentina
CARGO: odontologa

TESTIGO
NOMBRE: Edenia Romero
CARGO: Administradora.

SECRETARIA DE SALUD REGION DEPTAL No. 18 UAPS MACUELIZO SANTA BARBARA



C.M.O DENTAL S. DE R.L.

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

R. T. N. 16019016867914 - TEL. 2657-2003 // 95024641

BARRIO EL CENTRO, CALLE PRINCIPAL, SAN LUIS, S. B. HONDURAS, C. A.

Email: cmosanluis0708@gmail.com

CAI: 09F010-FF96D8-18418B-7CE7AF-5D5A9D-0B

FACTURA

000-001-01-00

Nº 014463

Nombre: Municipalidad de Macuelizo

R. T. N. 16139011360075

Dirección: Macuelizo, S. B

DIA	MES	AÑO
27	02	24

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	Desc./Rebajas Otorgados	TOTAL LPS.
1	Lubricante sinero Densply	1,000		1,000

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL S. DE. L. CMO PAGADO

CONSTANCIA DE REG. EXONERADO	
ORDEN DE COMPRA EXENTA	
NUMERO DE REGISTRO S. A. G.	

La Factura es beneficio de todos "EXIJALA"

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	1,000
IMPORTE GRAVADO 15% L.	
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
15% IMP. S. / VTAS L.	
18% IMP. S. / VTAS L.	
TOTAL A PAGAR L.	1,000

Original: Cliente / Copia: Emisor / Copia: Archivo

Firma de Recibido

CONTADO [X] CREDITO [ ]

Son: Mil lempiras Exactos

Imp. Santa Barbara - RTN 05011965013770 - CERT. No. 9231-22-10500-89 - Tel. 2643-1398

24Tl 000-001-01-00014,301 - 000-001-01-00015,500 - Fech. Recepción - 15/02/2024 - Limite Emisión - 15/02/2025

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16019016867914
Nombre o Razón Social:	SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
Nombre Comercial:	C.M.O DENTAL S. DE R.L.
Teléfono:	26572003 95024641
Email:	cmosanluis0708@gmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:BARRIO EL CENTRO, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: NA, MUNICIPIO: SAN LUIS, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: BARRIO EL CENTRO, PRINCIPAL, No. NA, MUNICIPIO: SAN LUIS, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN:	05011965013770
Nombre Comercial:	RIVERA ESCOBAR MARIA OBSEVIA

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00014463
Fecha de Autorización:	15/02/2024
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	15/02/2025
CAI:	09F010-FF96D8-18418B-7CE7AF-5D5A9D-0B
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00014301
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00015500

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-15789

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA**

Con Registro Tributario Nacional: **16019016867914**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-15789 en fecha 21/02/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418994361 de fecha 21/02/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202401, según Declaración 35747083784, presentada el 27/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-15789** o mediante el siguiente código QR:

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL

151-24-10500-6017

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA**

Con Registro Tributario Nacional: **16019016867914**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-6017 en fecha 21/02/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418994334 de fecha 21/02/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de treinta días calendario a partir de la fecha 21/02/2024 hasta 21/03/2024, **la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del Decreto 113-2011.**

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/, ingresando el número **151-24-10500-6017** o mediante el siguiente código QR:

ARSA
Gobierno de la República

HONDURAS

LICENCIA SANITARIA

HN-LED-1123-0004

AUTORIZADA PARA:

IMPORTAR, ALMACENAR, COMERCIALIZAR, DISTRIBUIR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE: **ARSA-1023-L-0308**
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: **SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MÉDICO Y DENTAL S. DE R. L.**
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: **BARRIO EL CENTRO, CALLE DEL COMERCIO FRENTE A FERRETERIA AGROFERSA,**
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: **TANEA MELISSA VALLECILLO FERNÁNDEZ**
FECHA DE EMISIÓN: **14**

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONE EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO
14/11/2029

Dra. Daisy Betsayda Torres Rivera
Directora Nacional De Dispositivos Médicos
Agencia de Regulación Sanitaria

ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDO

REPÚBLICA DE HONDURAS
MUNICIPALIDAD DE SAN LUIS, S. B.

HONDURAS

P E R M I S O
PARA OPERACIÓN DE NEGOCIO

PROPIETARIO: TANEA MELLISA VALLECILLO F.		**NUMERO**	= 110 =
UBICACIÓN: B: PAZ BARAHONA, SAN LUIS S.B		**VALIDO PARA**	31-12-2024

ZONA	CUADRA	PARCELA	ANEXO
CÓDIGO CATASTRAL			
CLASE DE NEGOCIO = CLINICA DENTAL =			
ACTIVIDAD PRINCIPAL SERVICIOS, SUMINISTROS			
Y EQUIPO MÉDICO DENTAL.			
N° DE SOLICITUD — 110 —			
— . — . —			
FECHA DE ESTABLECIDO 16 - 01 - 2024			

Conforme a Reglamento para la apertura y operación de Establecimientos Comerciales en este Municipio en presente PERMISO, el cual deberá ser colocado en un sitio visible.

Dado en la Ciudad de San Luis, S. B.

DÍA	MES	AÑO
16	Enero	2024

JEFE DE OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DE TRIBUTARIA

ALCALDE MUNICIPAL

municipalidadsanluis1620@gmail.com
TEL: 2657-2044
@municipalidadsanluisoficial

Pueblo Unido por el desarrollo

República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

echa de Emisión:24/07/2023

RTN: 16019016867914

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☑	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

ase Legal: Art. 1 de ...to Nº 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del ecreto Nº 255 de 2 ... 10 del Decreto Nº 25 de la Ley de Impuesto Sobre entas, Art. 8 Decr... y Nº 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No ancario Acuerdo 43 de 1973, Art.30, 39 y 56 Decreto Nº 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 2, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del ódigo Tributario.

Asistencia al Cumplimiento
Director Ejecutivo
Secretaría de Estado
SAR
Director Ejecutivo

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 3934801 Transacción: 25D33C

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT

Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007478

11 de marzo de 2024 MACUELIZO

Lugar y Fecha

SERVICIOS, SUMINISTROS Y EQUIPO MEDICO Y DENTAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA — 1,000.00 L

Páguese a la orden de

UN MIL CON CERO CENTAVOS — Lempiras

Cantidad en letras

BANPAIS Siempre de tu lado.

Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆01001150⑆0001090000250 3⑈00007478

CONCEPTO DEL PAGO mpra de Insumos Odontológicos según orden de Compra N° 17-2024 para el área de Odontología del Establecimiento de CIS MACUELIZO (1 Lubricante Dentsoly Sirona) en cumplimiento a la cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en S

PAGO DE Compra de Insumos Odontológicos según orden de Compra N° 17-2024 1,000.00

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	para el área de Odontología del Establecimiento de CIS MACUELIZO (1 Lubricante Dentsoly Sirona) en cumplimiento a la cartera de Servicios del Primer Nivel de Atención en Salud			

CHEQUE No. 00007478 **BALANCE**

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BÁRBARA TESORERA MUNICIPAL

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BÁRBARA

AUTORIZADO POR RECIBI CONFORME

2802508 M-0913 33

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

Honduras, C.A.

SAMI

Emisión: 08/03/2024
Hora : 04:42 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9200
L.: 14,518.75

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7411
Fecha de Emision: 8/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7476
Paguese a: NEYSY LEONILA RODRIGUEZ DAVID Id/RTN: 16131983000288
La Cantidad en Letras: CATORCE MIL QUINIENTOS DIECIOCHO CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS

Descripcion:

Realización de Desinstalacion, Mantenimiento, Instalacion especial de Aire Acondicionado Mini Split y suministro de materiales para instalacion en las nuevas Instalaciones del Establecimiento de Salud de UAPS ABUNDANCIA en el area de BODEGA de medicamentos

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 23360 14-012-01	Mantenimiento y Reparación de Equipo de Oficina y Muebles	14,518.75

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	14,518.75
	Monto Total:	14,518.75

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	14,518.75
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	14,518.75

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:
Identidad No.: 1613-1983-00028

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+ehBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XHm+8ScvmjOnR51tAIOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

Horizon Air Service
TELS.: 8818-9557
BO. EL CENTRO LA
MACUELIZO, SANTA

Horizon Air Service

INSTALACIÓN - MANTENIMIENTO
REPARACIÓN - DIAGNOSTICO

HORIZON AIR SERVICE *"Soluciones Integrales a Nuestros Clientes"*

SERVICIO TÉCNICO ESPECIALIZADO EN AIRE ACONDICIONADO
RTN: 16131983000288

COTIZACIÓN No. 012-24
CLIENTE: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO RTN 1613 9011 360075
DIRECCIÓN: MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA DE COTIZACIÓN: 21 DE FEBRERO 2024
FORMA DE PAGO: CONTADO

ESTIMADO (S) SR (S)
NOS ES GRATO SOMETER A SU AMABLE CONSIDERACIÓN ESTA OFERTA, ESPERANDO SEA DE CONFORMIDAD A SUS INTERESES

Lugar del Servicio: unidad de Salud La Abundancia, Macuelizo S.B.

Servicio incluirá: Desinstalación de mini Split, mantenimiento y limpieza desarmado, e instalación en nuevo centro de salud.

Nota: en caso de requerir instalación eléctrica 220 voltios, cambio de algún otro componente (repuesto), reparación, carga de gas refrigerante, el costo será por separado.

Total unidades: 1

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR
1	Desinstalación de unidad mini Split antiguo centro de salud	L. 1,000.00	L.1, 000.00
1	Mantenimiento y limpieza desarmado completo	L. 1,900.00	L. 1,900.00
1	Instalación de la unidad en nuevo centro de salud	L. 2,000.00	L.2, 000.00

Horizon Air Service
TELS.: 8818-9557 / 9978-5851
BO. EL CENTRO, LA FLECHA
MACUELIZO SANTA BARBARA

Responsable de la Cotización

SUB-TOTAL:	**L.**	**4,900.00**
IMPUESTO:	**L.**	**735.00**
TOTAL:	**L.**	**5,635.00**

Las condiciones comerciales para el proyecto son: 70% al iniciar, 30% al finalizar.
Ofrecemos servicio las 24 horas, mantenimiento preventivo (opcional).
Los códigos y especificaciones de los productos pueden variar debido a los avances en la tecnología o a las marcas.
La garantía del equipo será de 30 días calendarios a partir de entregado y/o facturado el equipo por desperfectos de fábrica, los cuales para facilidad del cliente
Consistirá en la sustitución parcial o total de dicho equipo por uno nuevo. No se ampararan daños causados por mala manipulación, descargas eléctricas, u otros
Factores ajenos al diseño e instalación de los equipos. Tales como daños fortuitos como inundaciones, picos de voltaje, terremotos, etc.
Validez de la cotización es de 15 días a partir de la fecha.

Bo. EL CENTRO, LA FLECHA, MACUELIZO, SANTA BARBARA, TEL. 8818 9557 / 9978 5851
horizoncctvservice@gmail.com

Horizon Air Service

INSTALACIÓN - MANTENIMIENTO
REPARACIÓN - DIAGNOSTICO

HORIZON AIR SERVICE *"Soluciones Integrales a Nuestros Clientes"*

SERVICIO TÉCNICO ESPECIALIZADO EN AIRE ACONDICIONADO
RTN: 16131983000288

COTIZACIÓN No. 013-24
CLIENTE: MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO RTN 1613 9011 360075
DIRECCIÓN: MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA DE COTIZACIÓN: 24 DE FEBRERO 2024
FORMA DE PAGO: CONTADO

ESTIMADO (S) SR (S)
NOS ES GRATO SOMETER A SU AMABLE CONSIDERACIÓN ESTA OFERTA, ESPERANDO SEA DE CONFORMIDAD A SUS INTERESES

Lugar del Servicio: unidad de Salud La Abundancia, Macuelizo S.B.

Servicio incluirá: detalle de materiales que se utilizaran para realizar instalación especial en nuevo centro de salud

Total unidades: 1

CANT.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR
1	Bomba de condensado americana para evaporador de A/C	L. 2,550.00	L.2, 550.00
35 pies	Manguera especial para desagüe de 3/8 + abrazaderas galvanizadas	L. 30.00	L. 1,050.00
20 pies	Tubo de cobre 1/2	L. 55.00	L. 1,100.00
20 pies	Tubo de cobre ¼	L. 25.00	L. 500.00
5	Lance de aislante (arma Flex) 7/8x3/8	L 65.00	L. 325.00
4	Rollo de cinta de vinyl (cinta momia)	L. 60.00	L. 240.00
30 pies	Cable eléctrico TSJ calibre 10x4	L. 42.00	L. 1,260.00
2	Varilla de plata 15%	L.100.00	L. 200.00
1	Instalación y electrificación de bomba condensado	L. 500.00	L.500.00

Horizon Air Service
TELS.: 8818-9557 / 9978-5851
BO. EL CENTRO, LA FLECHA
MACUELIZO, SANTA BARBARA

Responsable de la Cotización

SUB-TOTAL:	**L.**	**7,725.00**
IMPUESTO:	**L.**	**1,158.75**
TOTAL:	**L.**	**8,883.75**

Las condiciones comerciales para el proyecto son: 70% al iniciar, 30% al finalizar.
Ofrecemos servicio las 24 horas, mantenimiento preventivo (opcional).
Los códigos y especificaciones de los productos pueden variar debido a los avances en la tecnología o a las marcas.
La garantía del equipo será de 30 días calendarios a partir de entregado y/o facturado el equipo por desperfectos de fábrica, los cuales para facilidad del cliente
Consistirá en la sustitución parcial o total de dicho equipo por uno nuevo. No se ampararan daños causados por mala manipulación, descargas eléctricas, u otros
Factores ajenos al diseño e instalación de los equipos. Tales como daños fortuitos como inundaciones, picos de voltaje, terremotos, etc.
Validez de la cotización es de 15 días a partir de la fecha.

Bo. EL CENTRO, LA FLECHA, MACUELIZO, SANTA BARBARA, TEL. 8818 9557 / 9978 5851
horizoncctvservice@gmail.com

Horizon Air Service

INSTALACIÓN - MANTENIMIENTO
REPARACIÓN - DIAGNOSTICO

HORIZON AIR SERVICE

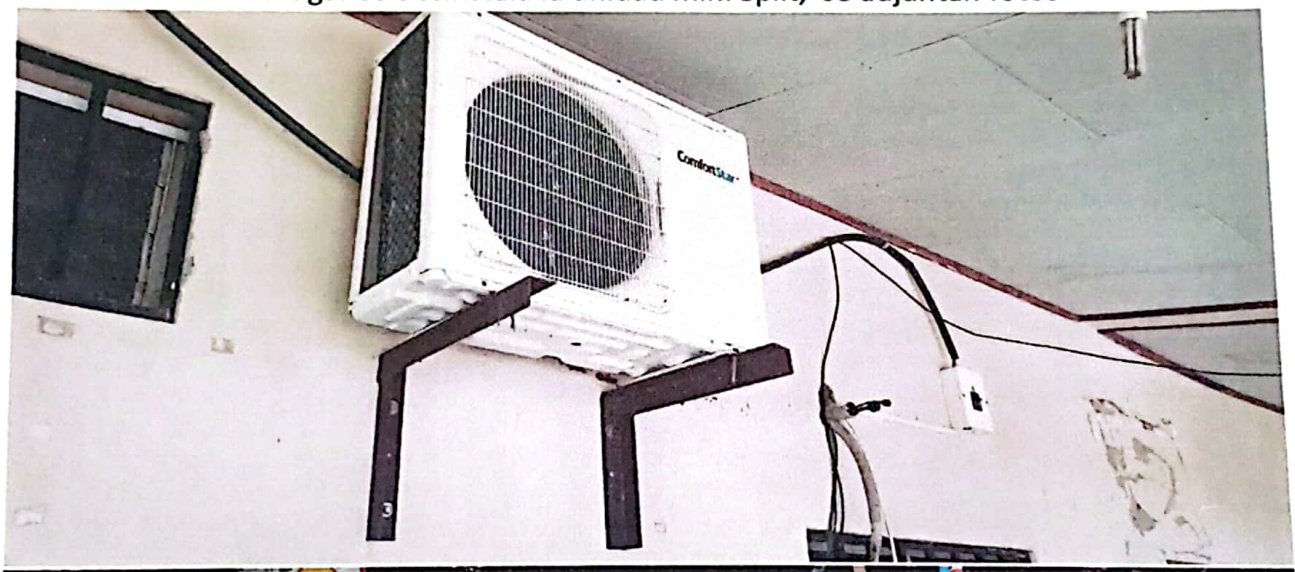
REPORTE POR DESINSTALACION, MANTENIMIENTO E INSTALACION ESPECIAL EN NUEVO CENTRO DE SALUD LA ABUNDANCIA MACUELIZO S.B.

Fecha: 28/2/24

Por este medio informo que el día viernes 23 y miércoles 28 de Febrero del presente año, nos apersonamos a la unidad de salud de la comunidad La Abundancia Macuelizo Santa Bárbara, el cual se realizó desinstalación de unidad de aire acondicionado tipo mini Split ubicada en el área de farmacia de antiguo centro de salud de la comunidad mencionada.

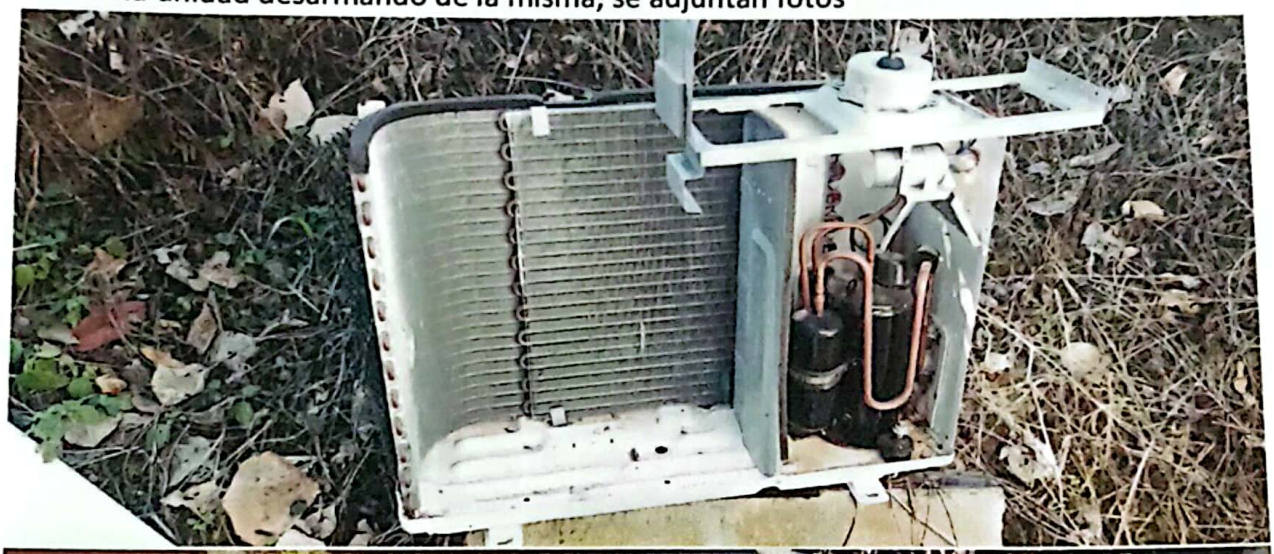
ACTIVIDADES REALIZADAS

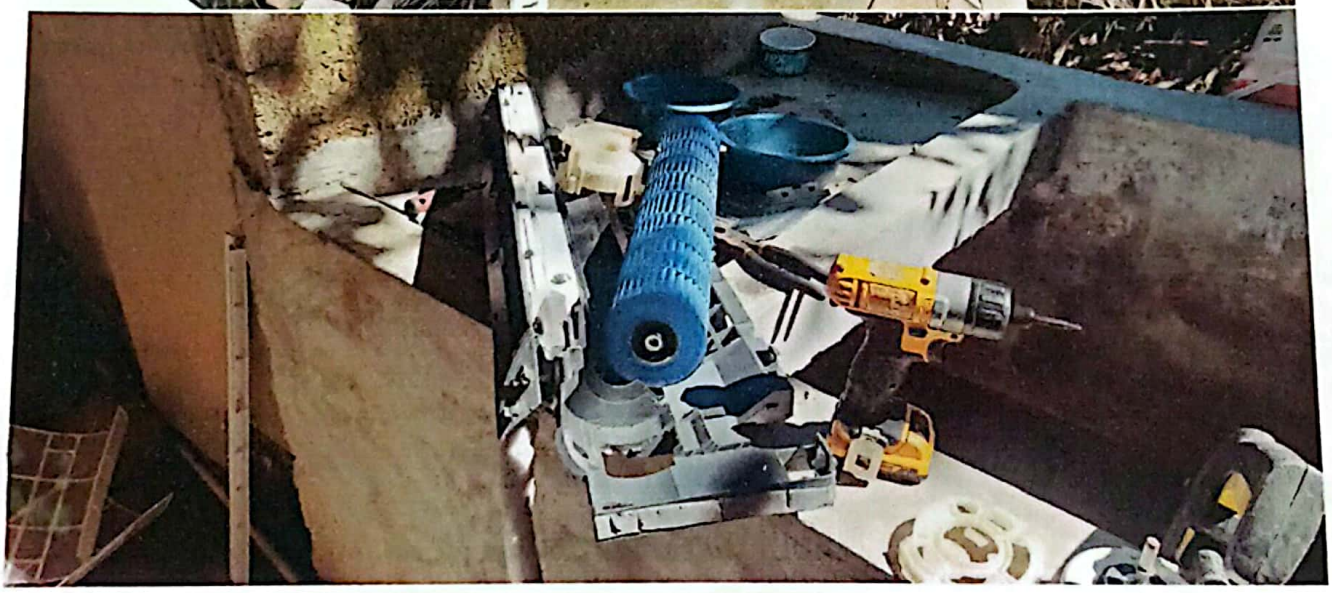
- En dicho el lugar se desinstala la unidad mini Split, se adjuntan fotos



Bo. EL CENTRO, LA FLECHA, MACUELIZO, SANTA BARBARA, TEL. 8818 9557 / 9978 5851
horizoncctvservice@gmail.com

- En el lugar se precede a realizar mantenimiento preventivo y limpieza completa de la unidad desarmando de la misma, se adjuntan fotos





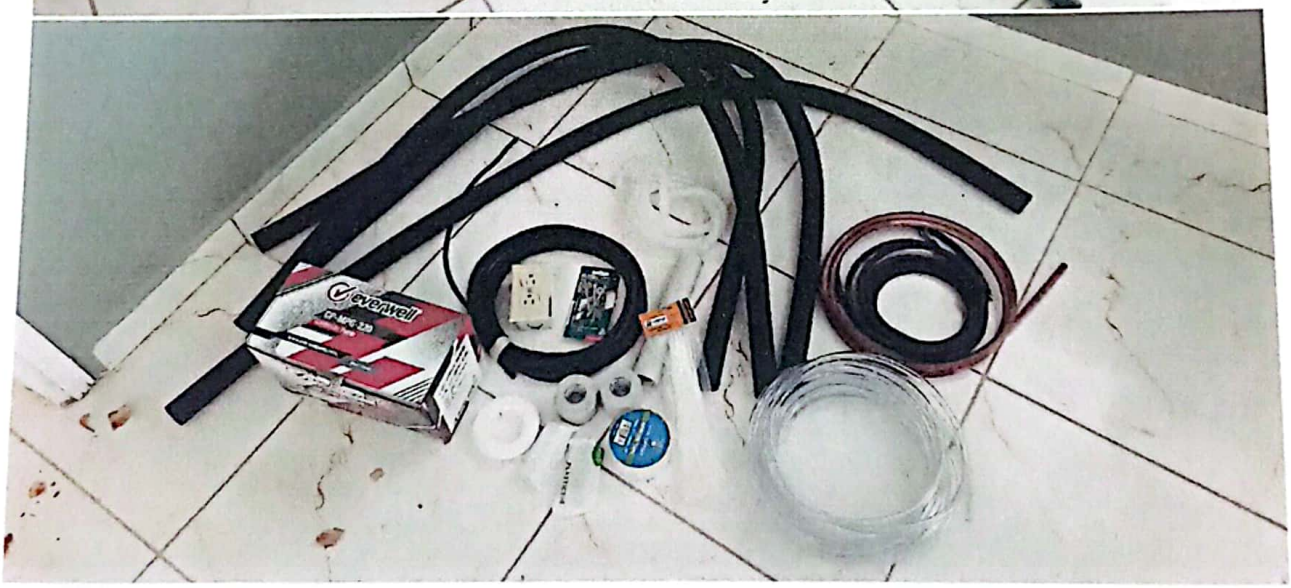
REPORTE

- La unidad mini Split fue transportada al nuevo edificio de unidad de salud de la misma comunidad, el cual al momento de instalar la unidad en bodega de medicamentos se revisa que no se puede realizar una instalación básica, debido a que no hay manera de instalar tubería de gas refrigerante y colocar manguera o tubo de agua condensada, ya que la bodega quedo ubicada en el centro (o isla) del edificio.
- Para poder resolver y realizar instalación especial se requirió varios materiales y accesorios instalándose la tubería del gas refrigerante entre el cielo falso conectándose de la unidad interior (evaporador) llegando a la parte de afuera de unidad condensadora (compresor)
- Para resolver también el problema del agua condensada producida por la unidad interior, se instálalo una bomba de A/C especial con 35 pies de manguera para poder sacar el agua de forma automática hacia el exterior, también se suministró 32 pies de cableado eléctrico TSJ calibre 10x3 para interconectar unidades eléctricamente, dicha instalación mencionada toda se realizó entre cielo falso.

Se detalla listado de materiales utilizados y suministrados para realizar instalación especial:

1. 1 bomba de A/C de condensado para extracción de agua
2. 35 pies de manguera la cual se conectó a la bomba y sacar el agua al exterior
3. 22 pies de tubo de cobre ½
4. 22 pies de tubo de cobre ¼
5. 5 lances de aislante o forro de tubo (arma Flex) 7/8x3/8
6. 4 rollos de cinta de vinyl (momia)
7. 32 pies de cable eléctrico tipo TSJ 100% cobre calibre 10x3
8. 2 varillas de plata 15%
9. Gas propano para soldadura de tubos de cobre
10. Tornillería varia expansores metálicos y plásticos
11. Por la extensión de 22 pies de tubería del gas, se aplicó carga gas refrigerante
12. Tornillería e instalación de bomba de condensado
13. Mariales varios, aros plásticos, fajillas plásticas, cinta aislante tape eléctrico

- Se adjuntan fotos de materiales



- Se adjunta fotos de la unidad e instalación finalizada

Horizon
Air Service
TELS.: 8818-9557 / 9978-5851
BO. EL CENTRO, LA FLECHA
MACUELIZO, SANTA BARBARA

HORIZON AIR SERVICE

Horizon Air Service

AIRE ACONDICIONADO, VIDEO VIGILANCIA Y SEGURIDAD ELECTRONICA

De: Neysy Leonila Rodríguez David
R.T.N. 16131983000288 Tel: 9906-8415
E-mail: rodrigueznl301@gmail.com
Bo. El Centro, Frente a Gasolinera Uno, Calle Principal
La Flecha, Macuelizo, Santa Bárbara, Hond. C. A

CAI.: B30634-C1ABC1-534FA4-206C78-F18850-00

CONTADO ☐ CREDITO ☐

No. Factura
000-001-01-00 Nº 000502

Cliente: Municipalidad de Macuelizo
Dirección: Macuelizo S.B.
RTN: 16139011360075 DIA 1 MES 3 AÑO 24

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	EXENTO	GRAVADO	
1	Desinstalacion, mantenimiento			12,625	00
	instalacion especial de mini split,				
	Suministro de varios materiales				
	para instalacion en nuevo centro				
	de salud La Abundancia (Detalle en cotizacion)				

IMPORTE GRAVADO 15%	L		
IMPORTE GRAVADO 18%	L		
IMPORTE EXENTO	L		
IMPORTE EXONERADO	L		
DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADAS	L		
SUB-TOTAL	L	12,625	00
IMPUESTO S/V 15%	L	1,893	75
IMPUESTO S/V 18%	L		
TOTAL FACTURA	L	14,518	75

Datos del Adquiriente Exonerado

Número de Orden de Compra Exenta:
Número Constancia de Registro de Exonerados:
Número Registro de la SAG:

Horizon Air Service
TELS: 8818-9557 / 9978-5851
BO. EL CENTRO, LA FLECHA
MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 14/02/2025 Fecha de Recepción: 14/02/2024

Rango Autorizado De 000-001-01-00000501 A 000-001-01-00000550

Original: Cliente 1 Copia: Obligado Tributario Emisor

IMPRENTA SIGRA SISTEMAS GRAFICOS R. T. N. 04011974008267
Bo. Miraflores, La Entrada, Copán Tel: 2661-3949 // 9992-6949 // 2661-2349
CERTIFICADO 9231-22-10500-111

La Factura es Beneficio de Todos "Exijala"

Valor en Letras Catorce mil quinientos dieciocho con setenta y cinco 00/100

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16131983000288
Nombre o Razón Social:	NEYSY LEONILA RODRIGUEZ DAVID
Nombre Comercial:	HORIZON AIR SERVICE
Profesión u Oficio:	TECNICO, COMPUTADORAS
Teléfono:	99068415
Email:	rodrigueznl301@gmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:EL CENTRO, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: EL CENTRO, PRINCIPAL, No. S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN:	04011974008267
Nombre Comercial:	CARVAJAL PESQUERA LILIAN YAMILETH

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00000502
Fecha de Autorización:	14/02/2024
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	14/02/2025
CAI:	B30634-C1ABC1-534FA4-206C78-F18850-00
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00000501
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00000550

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL

151-24-10500-8401

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **RODRIGUEZ DAVID NEYSY LEONILA**
Con Registro Tributario Nacional: **16131983000288**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-8401 en fecha 12/03/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25419233000 de fecha 12/03/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de noventa días calendario a partir de la fecha 12/03/2024 hasta 09/06/2024, **la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del Decreto 113-2011.**

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/, ingresando el número **151-24-10500-8401** o mediante el siguiente código QR:

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 16131983000288

NEYSY LEONILA RODRIGUEZ DAVID
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☐	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto Nº 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto Nº 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto Nº 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley Nº 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta Nº 20880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INGRESOS
MINISTRO DIRECTOR
TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS

REGIONAL DE SAN PEDRO SULA

Ministra Directora

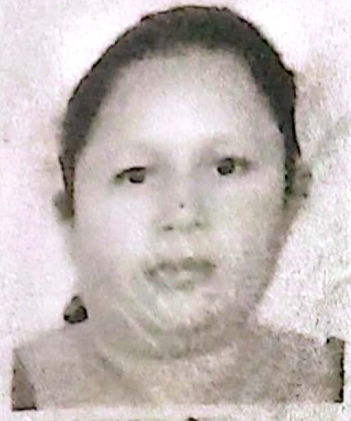
Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento DEI-412- 1646011 Transacción: 15BB66

RNP

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN



NOMBRE / *FORENAME*
NEYSY LEONILA

APELLIDO / *SURNAME*
RODRIGUEZ DAVID

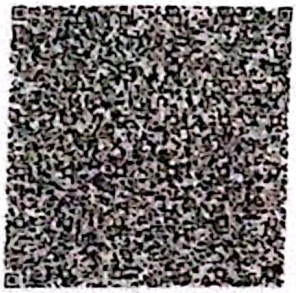
FECHA DE NACIMIENTO / *DATE OF BIRTH*
20-12-1982

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / *ID NUMBER*
1613 1983 00028

NACIONALIDAD / *NATIONALITY*
HND

FECHA DE EXPIRACIÓN / *DATE OF EXPIRY*
20-12-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / *PLACE OF BIRTH*
HONDURAS



RNP

3400000001762767

DOMICILIO / *ADDRESS*
MACUELIZO
SANTA BARBARA

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0018987595<<<<<<<<<<<<<<<
8212203F3112205HND<<<<<<<<<<<4
RODRIGUEZ<DAVID<<NEYSY<LEONILA

Municipalidad de Macuelizo

Comprobante de Pago

RTN: 1613901138007

No. Recibo: 126882

Fecha Recibo: 12/12/2022

Empresa: HORIZON AIR SERVICE

RTM: 16131983000288

Nombre: NEYSY LEONILA RODRIGUEZ DAVID

RTN: 16131983000288

Debalte: Factura por declaración, 10/12/2022

Dirección: LA FLECHA MEDIA CUADRA AL HOTEL VALLE

Cuenta	Descripción	Cantidad	Sub Total
1111142006	TALLER DE REFRIGERACION	30.00	2,400.36
11111921	PERMISO PARA OPERACIÓN DE NEGOCIOS	1.00	350.00
11212101	RECARGOS POR IMPUESTOS MUNICIPALES	9.00	8.33
11212209	Recuperacion Permisos de Operacion	2.00	700.00
11212601	INTERESES POR IMPUESTOS	9.00	63.00
		Total:	3,521.69

Factura(s) que cancela este recibo: Numero Fact. (Mes-Año)

422582(Enero-2020), 422663(Enero-2020), 422648(Febrero-2020), 422665(Marzo-2020), 422666(Abril-2020), 422667(Mayo-2020), 422668(Junio-2020), 422669(Julio-2020), 422670(Agosto-2020), 422571(Septiembre-2020), 422572(Octubre-2020), 422573(Noviembre-2020), 422574(Diciembre-2020), 422670(Enero-2021), 422675(Enero-2021), 422677(Febrero-2021), 422676(Marzo-2021), 422679(Abril-2021), 422680(Mayo-2021), 422681(Junio-2021), 422682(Julio-2021), 422683(Agosto-2021), 422684(Septiembre-2021), 422685(Octubre-2021), 422686(Noviembre-2021), 422687(Diciembre-2021), 422688(Enero-2022), 422689(Enero-2022), 422690(Febrero-2022), 422691(Marzo-2022), 422692(Abril-2022), 422693(Mayo-2022), 422694(Junio-2022), 422695(Julio-2022), 422696(Agosto-2022), 422697(Septiembre-2022), 422698(Octubre-2022), 422699(Noviembre-2022), 422700(Diciembre-2022)

MUNICIPAL

PAGADO

Original: Contribuyente

Copia: Contabilidad

Copia: Tesoreria

Cajero: RIZ

Factura: KaNavigo

Firma y Sello Tesorero

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007476

11 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

NEYSY LEONILA RODRIGUEZ DAVID 14,518.75
Páguese a la orden de L

CATORCE MIL QUINIENTOS DIECIOCHO CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100150⑆0001090000250 3⑈00007476

CONCEPTO DEL PAGO alización de Desinstalacion, Mantenimiento, Instalacion especial de Aire Acondicionado Mini Split y suministro para instalacion en las nuevas Instalaciones del Establecimiento de Salud de UAPS ABUNDANCIA en el area de BODEGA

PAGO DE Realización de Desinstalacion, Mantenimiento, Instalacion especial de Aire Acondicionado Mini Split y suministro de materiales para instalacion en las nuevas Instalaciones del Establecimiento de Salud de UAPS ABUNDANCIA en el area de BODEGA de medicamentos 14,518.75

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

CHEQUE No. 00007476

BALANCE

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA TESORERIA MUNICIPAL 31

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO SANTA BARBARA

AUTORIZADO POR

Horizon Air Service
TELS.: 8818-9557 / 9978-5851
BO. EL CENTRO, LA FLECHA
MACUELIZO, SANTA BARBARA

RECIBI CONFORME
1613-1983-00028

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

Depto. de Santa Bárbara

RTN: 16139011360075

Tel/Fax. (504) 9833-3030

PERMISO

No: 932/2022

Propietario: HORIZON AIR SERVICE

RTN: 16131983000288

Residencia: LA FLECHA , MACUELIZO , SANTA BARBARA

Clase de Negocio: SERVICIOS TECNICOS

Extendido en Macuelizo, Santa Bárbara, a los 12 **días**

Del mes de DICIEMBRE **del 2022**

VALIDO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2022

ALCALDIA MUNICIPAL TESORERIA Macuelizo, Santa Barbara

TESORERIA

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA DEPARTAMENTO DE CONTROL TRIBUTARIO HONDURAS C.A.

JEFE DE CONTROL TRIBUTARIO

DIRECTOR DE JUSTICIA MUNICIPAL

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Honduras, C.A.

Emisión: 08/03/2024
Hora : 04:42 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9201
L.: 17,023.95

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7412
Fecha de Emision: 8/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7479
Paguese a: TECHNO OFFICE SUPPLIES Id/RTN: 05019018992195
La Cantidad en Letras: DIECISIETE MIL VEINTITRES CON NOVENTA Y CINCO CENTAVOS

Descripcion:

Compra de Matenal de Oficina Según Orden de Compra N°18-2024 (11 Partidas) para Equipo Tecnico Coordinador y Establecimientos de Salud del Modelo Descentralizado de Salud en cumplimiento a registros y documentación de informes estadísticos de la Secretana de Salud.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 39200 14-012-01	Útiles de Escritorio, Oficina y Enseñanza	17,023.95

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	17,023.95
	Monto Total:	17,023.95

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	17,023.95
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	17,023.95

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorera

Recibido por: Alvaro Gamo
Identidad No.: 0501-1990-08897

TECHNO OFFICE SUPPLIES

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3h... 6jIk... 2sMBQEO... 30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

TECHNO OFFICE SUPPLIES S. DE R.L.

Soluciones inmediatas para tus necesidades
Res. Palos Verdes, 37-39 Calle, 7 Avenida Casa No. 13A Bloque No. 15 San Pedro Sula, Honduras.
ventas3@technofficesupplies.com | +504 2510-5722 | www.technofficesupplies.com
RTN: 05019018992195

Cotización No.: SO20265

Cliente: ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
RTN: 16139011360075
Contacto:
Vendedor: NAYELLY PAZ
Términos de pago:

Fecha: 01/03/2024
Valido hasta:
Condición: 15 Dias

Cantidad	Producto	Precio unitario	Impuesto	Total
100.000	802839095468 PAPEL BOND T/CARTA DISCOVERY	83.0000	ISV por Pagar	L 8,300.00
240.000	7501428727195 BOLIGRAFO PIN POINT AZOR NEGRO 0.7MM 6820	4.9200	Exento	L 1,180.80
10.000	7426500801382 SACAPUNTA METALICO VIVO 151411	3.0000	Exento	L 30.00
[illegible]00	7426500864486 TIJERA P/OFICINA 8.5 EXECUTIVE 243685 OS-285	28.4900	ISV por Pagar	L 142.45
5.000	7502276745805 SACAGRAPAS TINY LINE TINYSG001	9.0700	ISV por Pagar	L 45.35
5.000	7453078539102 ENGRAPADORA POINTER 25HJS ST-9308 TIRA COMPLETA	70.2700	ISV por Pagar	L 351.35
15.000	7426500840046 FOLDER MANILA T/OFICIO RESMA DE 100 UNID	169.5700	ISV por Pagar	L 2,543.55
15.000	7426500840039 FOLDER MANILA T/CARTA RESMA DE 100 UNDS	135.2600	ISV por Pagar	L 2,028.90
5.000	651536393441 ALMOHADILLA PARA SELLO NO.3 OFIMAK OK242	21.1400	ISV por Pagar	L 105.70
2.000	663701985306 PERFORADORA OFIMAK 2 HUECOS 8CM 25 HOJAS OK328	70.2200	ISV por Pagar	L 140.44
3.000	7426500801467 CUADERNO COSIDO GRANDE RAYADO 200PAG VIVO	35.5800	Exento	L 106.74

Sub total	L 14,975.28
ISV	L 2,048.67
Total	L 17,023.95

Comentarios:
Esperamos nuestros precios llenen sus expectativas de precio, cualquier duda o consulta puede hacerlo anuestro correo; ventas@technofficesupplies.com o llamando a : (504) 2510-5722

NAYELLY PAZ
Asesor

Firma y Sello

SECRETARIA DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 18-2024

viernes 08 de marzo de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
TECHNO OFFICE SUPPLIES S. DE R.L.	**Alcaldia Municipal de Macuelizo / Modelo Descentralizado de Salud Macuelizo**

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
1	1	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	100	L 83.00	L 8,300.00
2	2	Boligrafo Point Azor Negro 0.7mm	Unidad	240	L 4.92	L 1,180.80
3	3	Sacapunta de metal	Unidad	10	L 3.00	L 30.00
4	4	Tijera para oficina	Unidad	5	L 28.49	L 142.45
5	5	Sacagrapas	Unidad	5	L 9.07	L 45.35
6	6	Engradora	Unidad	5	L 70.27	L 351.35
7	7	Folder manila tamaño oficio	Retma	15	L 169.57	L 2,543.55
8	8	Folder Manila tamaño carta	Retma	15	L 135.26	L 2,028.90
9	9	Almohadilla para sello	Unidad	5	L 21.14	L 105.70
10	10	Perforadora Ofimak	Unidad	2	L 70.22	L 140.44
11	11	Cuaderno Unico	Unidad	3	L 35.58	L 106.74
					Sub-Total	**L 14,975.28**
					Impuesto	**L 2,048.67**
					Total	**L 17,023.95**

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR GESTOR
ADMINISTRACION	COORDINACION	ALCALDESA
Licda. Edenia Romero	Lic. Ever Garcia	Licda. Suyapa Jacqueline Trejo

RECIBIDA LA O.C POR PROVEEDOR

0501-1990-08897

Alvaro Cano

TECHNO OFFICE SUPPLIES

Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION

Nombre del Proveedor: TECHNO OFFICE SUPPLIES S. DE R.L.
Numero Orden de Compra: 18-2024

DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cant. Según Orden	Cantidad recibida	Diferencia	Observacion
1	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	100	100		
2	Boligrafo Point Azor Negro 0.7mm	Unidad	240	240		
3	Sacapunta de metal	Unidad	10	10		
4	Tijera para oficina	Unidad	5	5		
5	Sacagrapas	Unidad	5	5		
6	Engradora	Unidad	5	5		
7	Folder manila tamaño oficio	Retma	15	15		
8	Folder Manila tamaño carta	Retma	15	15		
9	Almohadilla para sello	Unidad	5	5		
10	Perforadora Ofimak	Unidad	2	2		
11	Cuaderno Unico	Unidad	3	3		

Alvaro Cano
ENTREGADO POR

TECHNO OFFICE SUPPLIES

NOMBRE:

RECIBIDO POR

NOMBRE: Edwin. B. Romero

LUGAR Y FECHA: Macuelizo S.B.

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B
RTN: 16139011360075

Salud
Gobierno de la República

MACUELIZO SANTA BARBARA

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **EQUIPO TECNICO COORDINADOR** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	90	83.00	L 7,470.00
2	Boligrafo Point Azor Negro 0.7mm	Unidad	66	4.92	L 324.72
3	Sacapunta de metal	Unidad	10	3.00	L 30.00
4	Tijera para oficina	Unidad	5	28.49	L 142.45
5	Sacagrapas	Unidad	5	9.07	L 45.35
6	Engradora	Unidad	5	70.27	L 351.35
7	Folder manila tamaño oficio	Retma	8	169.57	L 1,356.56
8	Folder Manila tamaño carta	Retma	6	135.26	L 811.56
9	Almohadilla para sello	Unidad	5	21.14	L 105.70
10	Perforadora Ofimak	Unidad	2	70.22	L 140.44
11	Cuaderno Unico	Unidad	3	35.58	L 106.74
				SUB TOTAL	L. 10,884.87
				15% ISV	L. 1,563.51
				TOTAL	L. 12,448.38

Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha:_____

DESCENTRALIZADO DE ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO ADMINISTRACION

ENTREGADO POR
NOMBRE: Edenia Romero
CARGO: Administradora.

RECIBIDO POR
NOMBRE: Mersy Mejia.
CARGO: Asist. Admón.

RECIBIDO POR

Salud
Gobierno de la República

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **ENCARGADA DE FARMACIA** de los establecimiento de Salud lo siguiente:

ITEM	Establecimiento de Salud	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total	Nombre y apellido	Identidad	Fecha	Firma y Sello
1	CIS MACUELIZO	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	1	L 83.00	L 83.00	Maria Alejandrina mejia	1401 1969 00053	1/4/24	
		Boligrafo Point Azor Negro 0.7mm	Unidad	50	L 4.92	L 246.00				
		Folder manila tamaño oficio	Retma	1	L 169.57	L 169.57				
		Folder Manila tamaño carta	Retma	1	L 135.26	L 135.26				
2	CIS SULA	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	1	L 83.00	L 83.00	Maria Awana Torres	1613-1961-00335	26/3/2024	
		Boligrafo Point Azor Negro 0.7mm	Unidad	50	L 4.92	L 246.00				
		Folder manila tamaño oficio	Retma	1	L 169.57	L 169.57				
		Folder Manila tamaño carta	Retma	1	L 135.26	L 135.26				
3	Laboratrio CIS SULA	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	2	L 83.00	L 166.00	Cecilia Almendares	1613-1998-00656	26-03-24	
		Boligrafo Point Azor Negro 0.7mm	Unidad	24	L 4.92	L 118.08				
4	UAPS CASA QUEMADA	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	1	L 83.00	L 83.00	nancy valenzo	1613-1988-01-2001	27-03/24	
		Boligrafo Point Azor Negro 0.7mm	Unidad	50	L 4.92	L 246.00				
		Folder manila tamaño oficio	Retma	1	L 169.57	L 169.57				
		Folder Manila tamaño carta	Retma	1	L 135.26	L 135.26				

Salud
Gobierno de la República

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **ENCARGADA DE FARMACIA** de los establecimiento de Salud lo siguiente:

ITEM	Establecimiento de Salud	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total	Nombre y apellido	Identidad	Fecha	Firma y Sello
5	UAPS CIRUELO	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	1	L 83.00	L 83.00	Xiomara Mejia A.	0413-1983-00039	26/3/24	
		Folder manila tamaño oficio	Retma	1	L 169.57	L 169.57				
		Folder Manila tamaño carta	Retma	1	L 135.26	L 135.26				
6	UAPS LIBERTAD	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	1	L 83.00	L 83.00	Nubia Rodas	1613-2002-00276	26/03/24	
		Folder manila tamaño oficio	Retma	1	L 169.57	L 169.57				
		Folder Manila tamaño carta	Retma	1	L 135.26	L 135.26				
7	UAPS ROSARIO	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	1	L 83.00	L 83.00	Blanca Patricia Garcia	1613-2000-00783	26/03/24	
		Folder Manila tamaño carta	Retma	1	L 135.26	L 135.26				
8	UAPS ABUNDANCIA	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	1	L 83.00	L 83.00	Jens Madrid Garcia	1613 2001 00850.	26/3/24	
		Folder manila tamaño oficio	Retma	1	L 169.57	L 169.57				
		Folder Manila tamaño carta	Retma	1	L 135.26	L 135.26				
9	UAPS FLECHA	Papel Bond tamaño carta Discovery	Retma	1	L 83.00	L 83.00	Frany Vasquez Zelaya	1613-2000-00634	26-03-24	
		Folder manila tamaño oficio	Retma	1	L 169.57	L 169.57				
		Folder Manila tamaño carta	Retma	2	L 135.26	L 270.52				

Salud
Gobierno de la República

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

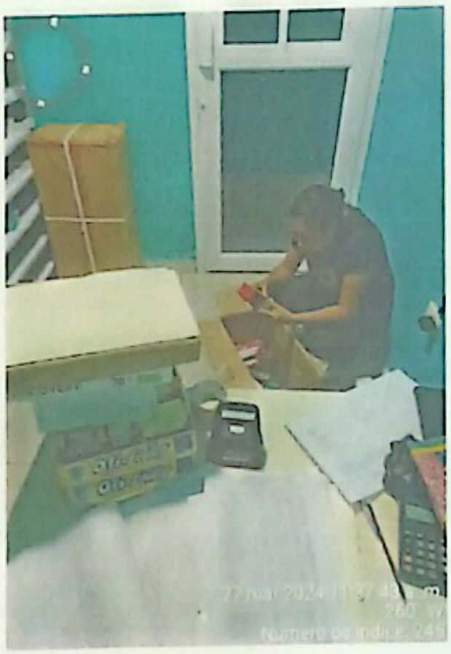
ACTA DE ENTREGA

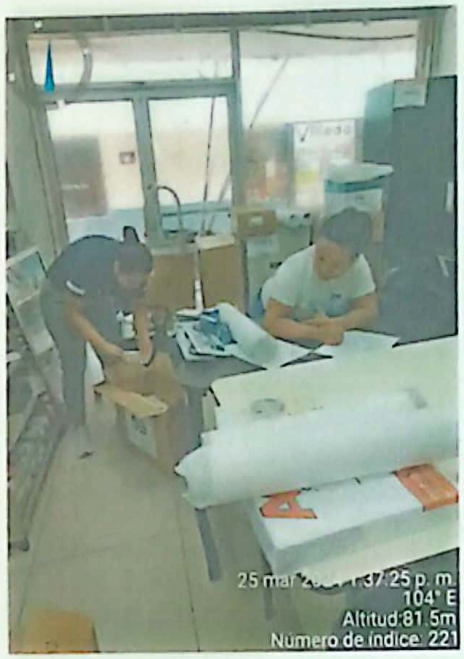
Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **ENCARGADA DE FARMACIA** de los establecimiento de Salud lo siguiente:

ITEM	Establecimiento de Salud	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total	Nombre y apellido	Identidad	Fecha	Firma y Sello
			Subtotal		L	4,090.41				
			ISV		L	485.16				
			TOTAL		L	4,575.57				

ENTREGADO POR

NOMBRE: Meisy Mejía
CARGO: Asistente Administración





TECHNO OFFICE SUPPLIES S. DE R.L.

Residencial Palos Verdes, 37-39 Calle, 7 Av. Casa No. 13A Bloque 15 San Pedro Sula, Honduras .
technossuplies@hotmail.com | +504 2510 5722 | http://technofficesupplies.com/
RTN: 05019018992195

CAI: E8467B-C23805-4E4BAB-BF6AF4-6BF16C-B8
Rango autorizado desde el 000-002-01-00013001 al 000-002-01-00016000
Fecha límite de emisión: 21/02/2025

FACTURA NO.
000-002-01-00013200
FECHA
13/03/2024

Cliente: ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA **RTN:** 16139011360075 **Vence:** 13/03/2024
Dirección Cliente: MACUELIZO SANTA BÁRBARA **Términos de ventas:** 15 Dias
Telefono: **Contacto:** EDIAN ROMERO **OC No.:** 18-2024 **Vendedor:** WENDY AVILA

CANTIDAD	CODIGO	DESCRIPCION	Precio/U.	Desc. y Reb. Otorgados	ISV	MONTO
100.000	802839095468	PAPEL BOND T/CARTA DISCOVERY	83.0000	% 0.00	L 1,245.00	L 8,300.00
240.000	7501428727195	BOLIGRAFO PIN POINT AZOR NEGRO 0.7MM 6820	4.9200	% 0.00	L 0.00	L 1,180.80
10.000	7426500801382	SACAPUNTA METALICO VIVO 151411	3.0000	% 0.00	L 0.00	L 30.00
5.000	7426500864486	TIJERA P/OFICINA 8.5 EXECUTIVE 243685 OS-285	28.4900	% 0.00	L 21.37	L 142.45
5.000	7502276745805	SACAGRAPAS TINY LINE TINYSG001	9.0700	% 0.00	L 6.80	L 45.35
5.000	7453078539102	ENGRAPADORA POINTER 25HJS ST-9308 TIRA COMPLETA	70.2700	% 0.00	L 52.70	L 351.35
15.000	7426500840046	FOLDER MANILA T/OFICIO RESMA DE 100 UNID	169.5700	% 0.00	L 381.53	L 2,543.55
15.000	7426500840039	FOLDER MANILA T/CARTA RESMA DE 100 UNDS	135.2600	% 0.00	L 304.34	L 2,028.90
5.000	651536393441	ALMOHADILLA PARA SELLO NO.3 OFIMAK OK242	21.1400	% 0.00	L 15.86	L 105.70
2.000	663701985306	PERFORADORA OFIMAK 2 HUECOS 8CM 25 HOJAS OK328	70.2200	% 0.00	L 21.07	L 140.44
3.000	7426500801467	CUADERNO COSIDO GRANDE RAYADO 200PAG VIVO	35.5800	% 0.00	L 0.00	L 106.74

Valor en letras: DIECISIETE MIL VEINTITRES LPS 95/100 CTVS.

Desc. y Reb. Otorgadas:	L 0.00
Importe Exonerado:	L 0.00
Importe Exento:	L 1,317.54
Importe gravado 15%:	L 13,657.74
Importe gravado 18%:	L 0.00
Sub-Total:	L 14,975.28
ISV 15%:	L 2,048.66
ISV 18%:	L 0.00
TOTAL A PAGAR:	L 17,023.95

No Correlativo de Orden de Compra Exenta:
No. Correlativo de Constancia de Registro Exonerado:
No. Identificativo del Registro de la SAG:
OBSERVACIONES:
*** Por cada cheque devuelto se cobrará L.850.00 ** Toda Factura vencida Pagará El 5% Mensual**
La posesión de la factura original no constituye un comprobante de pago, mientras no esté debidamente cancelada mediante recibo oficial de pago, todo pago debe generarse a nombre de TECHNO OFFICE SUPPLIES S. de R.L., tiene 15 días para cualquier reclamo.

Mersy Y. Mejia
Nombre Recibe

Firma Recibe Conforme

Alvaro Caiw
Entregado Por

IMPORTANTE
LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXÍJALA
Original - Cliente / Copia 1 - Obligado Tributario Emisor / Copia 2 - Contabilidad

-ORIGINAL-

Esta funcionalidad ya se encuentra disponible en la Aplicación Móvil del SAR.

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	05019018992195
Nombre o Razón Social:	TECHNO OFFICE SUPPLIES S DE RL
Nombre Comercial:	TECHNO OFFICE SUPPLIES SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
Teléfono:	25105722 32208434
Email:	technosupplies@hotmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:RESIDENCIAL PALOS VERDES, CALLE: 37-39, 7 AVENIDA, CASA NO.: 13A, BLOQUE: 15, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: RESIDENCIAL PALOS VERDES, 37-39, 7 AVENIDA, 15, No. 13A, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES

GENERALES

Número del Documento:	000-002-01-00013200
Fecha de Autorización:	21/02/2024
Modalidad:	SFC en Red Fijo
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	21/02/2025
CAI:	E8467B-C23805-4E4BAB-BF6AF4-6BF16C-B8
Desde (Rango Autorizado):	000-002-01-00013001
Hasta (Rango Autorizado):	000-002-01-00016000

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-2006

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **TECHNO OFFICE SUPPLIES S DE RL**
Con Registro Tributario Nacional: **05019018992195**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-2006 en fecha 03/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418320444 de fecha 03/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202401, según Declaración 35746749841, presentada el 26/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-2006** o mediante el siguiente código QR:

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-2006

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **TECHNO OFFICE SUPPLIES S DE RL**
Con Registro Tributario Nacional: **05019018992195**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-2006 en fecha 03/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418320444 de fecha 03/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202401, según Declaración 35746749841, presentada el 26/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-2006** o mediante el siguiente código QR:

TECHNO OFFICE

Residencial Palos Verdes, 37-39 Calle 7 Avenida,
Casa No.13A, Bloque No.15, San Pedro Sula,
Honduras, C.A. • Tel.: 2510-5722 • Cel.: 3220-8434
Correo: technosupplies@hotmail.com
R.T.N. 05019018992195

RECIBO DE CAJA
Nº 01575

DÍA	MES	AÑO
20	03	24

Recibimos de: Alcaldia Municipal de Macuelizo Por L. 17,023.95
La suma de: Diecisiete mil veintitres con 95/100 Lempiras
Por Concepto de: Pago Factura

PAGO DE:

No. FACTURA	No. FACTURA	No. FACTURA	No. FACTURA
13200			

TECHNO OFFICE SUPPLIES

☐ EFECTIVO ☐ TARJETA CRÉDITO / DEBITO ☐ DEPOSITO / TRANSFERENCIA

CHEQUE / BANCO: BANPAIS No. 7479

Alvaro Cano.
FIRMA QUIEN RECIBE

Original: Cliente (Blanco)
Duplicado: Emisor (Azul)

IMPRESORA MORILLO DEL VALLE, TELS.: 2556-4872 / 73, FAX: 2556-4875, R.T.N.05019995137419

ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007479

11 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

TECHNO OFFICE SUPPLIES 17,023.95
Páguese a la orden de L

DIECISIETE MIL VEINTITRES CON NOVENTA Y CINCO CENTAVOS Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100 1150⑆000 1090000 2503⑈0000 7479

CONCEPTO DEL PAGO mpra de Material de Oficina Según Orden de Compra N°18-2024 (11 Partidas) para Equipo Tecnico Coordinador y Establecimientos de Salud del Modelo Descentralizado de Salud en cumplimiento a registros y documentación de informes estadisti Secretaria de Salud.

PAGO DE Compra de Material de Oficina Según Orden de Compra N°18-2024 (11 Partidas) para Equipo Tecnico Coordinador y Establecimientos de Salud del Modelo Descentralizado de Salud en cumplimiento a registros y documentación de informes estadisticos de la Secretaria de Salud. 17,023.95

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

CHEQUE No. 00007479 BALANCE

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BÁRBARA TESORERIA MUNICIPAL

ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

TECHNO OFFICE SUPPLIES

HECHO POR

AUTORIZADO POR

Alvaro Cano
RECIBI CONFORME
0501-1990-08897

2802508 M-0913 33

RNP

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE / FORENAME
ALVARO HUMBERTO

APELLIDO / SURNAME
CANO PAGOAGA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH
03-06-1990

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER
0501 1990 08897

NACIONALIDAD / NATIONALITY
HND

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY
03-06-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

Alvaro H Cano

RNP

3400000003999593

DOMICILIO / ADDRESS
SAN PEDRO SULA
CORTES

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0046121787<<<<<<<<<<<<<<<
9006038M3106039HND<<<<<<<<<<<0
CANO<PAGOAGA<<ALVARO<HUMBERTO<

MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA

MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA
LICENCIA DE OPERACIÓN DE NEGOCIO

SAN PEDRO SULA
CIUDAD DE EMPRENDEDORES
ORDEN·DISCIPLINA·RESPETO

PERMISO No. 89043 15/01/2024 **RENOVACIÓN**
DECLARACIÓN No 133428
FECHA EMISIÓN 2024 1 25/01/2024

FECHA VENCIMIENTO **31 de Diciembre del 2024**

Habiendo cumplido con los requisitos establecidos en la Ordenanza Municipal vigente para la emisión de Licencia de Operación De Negocios en el municipio de San Pedro Sula, aprobada en el punto no. 05 del acta no.170, de la sesión ordinaria celebrada por la honorable Corporación Municipal de San Pedro Sula el 19 de diciembre del 2017, se otorga la presente Licencia de Operación a:

TECHNO OFFICE SUPPLIES
TECHNO OFFICE SUPPLIES, S. DE R.L.

UBICADO EN: SUR-ESTE URBANO PALOS VERDES CALLE: - AVE: - LOCAL: CATEGORÍA: C2
RTN o DNI. : 05019018992195 EXPEDIENTE : 001 SUCURSAL :001 CLAVE CATASTRAL: SE047016013
ZONIFICACIÓN:ZR6 HORARIO DE ATENCIÓN: Horario no controlado RIC/RMC : 1495825

GIRO COMERCIAL
DISTRIBUCION Y VENTA DE ARTICULOS DE PAPELERIA Y LIBRERIA

(*) Es obligación del destinatario de la presente constancia verificar su validez a través de internet en la dirección https://www.sanpedrosula.hn/validador, ingresando el código ICSQJMX-MUQ4-QZE o mediante el siguiente código QR:

DIRECCION TECNICA DE INGRESOS MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA

IMPRIMIÓ : wsolorzano
FECHA : 25/01/2024 03:52:40 PM

DIRECCIÓN TÉCNICA DE INGRESOS

EXHIBIR ESTE PERMISO EN LUGARES VISIBLES DEL ESTABLECIMIENTO

Escaneado con CamScanner

MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA

SAN PEDRO SULA
CIUDAD DE EMPRENDEDORES
ORDEN·DISCIPLINA·RESPETO

SOLVENCIA MUNICIPAL

TECHNO OFFICE SUPPLIES, S. DE R.L.

AÑO	N.º DE IDENTIDAD / RTN	CONSTANCIA
2023	05019018992195	1217072

CONCEPTO	VÁLIDA HASTA
SOLVENCIA	31/12/2024

FECHA DE ENTREGA	EMITIDO POR
25/01/2024 09:45:37 AM	alrivera

No. Registro Municipal del Contribuyente (RMC) : 1495825

GF2024010004048

Revisión: 24/01/2024

MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA
ALCALDE MUNICIPAL

ALCALDE MUNICIPAL

SAN PEDRO SULA

República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión:24/04/2018

RTN: 05019018992195

TECHNO OFFICE SUPPLIES S DE RL
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☑	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002 , Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art.30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Codigo Tributario

Ministra Directora

SAR

Señor Obligado Tributario recuerde su obligacion de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al articulo 63 numeral 10 y 11 del Codigo Tributario

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 2902804 Transacción: 4AAA4D

SAMI

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

Honduras, C.A.

Emisión: 08/03/2024
Hora : 04:43 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9202
L.: 997,488.06

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7414
Fecha de Emision: 8/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7477
Paguese a: CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S DE RL
Id/RTN: 05019014648999
La Cantidad en Letras: NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO CON SEIS CENTAVOS

Descripcion:

Tercera y Ultima Estimación correspondiente al proyecto de Construcción del Establecimiento de Salud de Abundancia según Adjudicación de Licitación Privada LPR-MUNIMAC-01-2023, con financiamiento de Fondos Nacionales Provenientes de la Secretaria de Salud (SUPERAVIT) por el monto de Lps. 59,152.39 y Contraparte de la Municipalidad Lps. 938,335.67

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 001 001 000 23400 14-012-01	Construcción del Centro de Salud La Abundancia	59,152.39
11 09 001 001 000 23400 14-011-02	Construcción del Centro de Salud La Abundancia	938,335.67

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-011-02	Contraparte de la Municipalidad de Macuelizo para Proyecto del Modelo Descentralizado de Salud.	938,335.67
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	59,152.39
	Monto Total:	997,488.06

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	997,488.06
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	997,488.06

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorera

Recibido por:
Identidad No.: 1613 1974 00414

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9OjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAle2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdleqnazw44VVNctRcRKV
VIprZ/sUWjF/T6sV1KHbTzgJzUZFpoNAAUtGQ/Y=

" Construcción de Establecimiento de Salud en Abundancia, Macuelizo, Santa Bárbara. "

CONSTRUCTORA : CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. de R. L.

ESTIMACIÓN No.03

Periodo: DESDE EL 06 DE DICIEMBRE DEL 2023 AL 15 DE FEBRERO DEL 2024

HOJA RESUMEN

DESCRIPCIÓN	CONTRATO Valor Lempiras	TRABAJO ANTERIOR Valor Lempiras	TRABAJO ESTE MES Valor Lempiras	TOTAL TERMINADO Valor Lempiras
• CONTRATO ORIGINAL	2,938,335.67	1,691,475.60	1,246,860.07	2,938,335.67
(A) TOTAL CONTRATO ORIGINAL . . .	2,938,335.67	1,691,475.60	1,246,860.07	2,938,335.67
T O T A L E S...	2,938,335.67	1,691,475.60	1,246,860.07	2,938,335.67

	(B) Trabajo ejecutado a la fecha	2,938,335.67
	Más Anticipo	587,667.13
FECHA :	S u b - t o t a l...	3,526,002.80
15 de febrero de 2024	Menos Anticipo	587,667.13
	Menos Anticipo (20 % de A)	587,667.13
	Menos Pagos Anteriores	1,353,180.48
	TOTAL A PAGAR ESTA ESTIMACIÓN	***L. 997,488.06***

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BÁRBARA

LIC. ANA JACQUELINE TREJO CORDÓN
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO S.B.
ALCALDESA

CÉSAR OMAR CHINCHILLA
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO S.B.
INGENIERO MUNICIPAL

CÉSAR OMAR CHINCHILLA INGENIERO CIVIL RTN: 0511199600711 9 TEL: 9538-3799 SANTA RITA, COPAN

MODELO DESCENTRALIZADO MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO S.B. ADMINISTRACIÓN

LIC. EDENIA BEATRIZ ROMERO
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

MANUEL ROJAS
CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. de R. L
CONTRATISTA

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. DE R.L. CON BRAS

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. de R. L.
Construcción de Establecimiento de Salud en Abundancia, Macuelizo, Santa Bárbara
ESTIMACIÓN No. 03 DESDE EL 06 DE DICIEMBRE DEL 2023 AL 15 DE FEBRERO DEL 2024

Nº	CONCEPTO	OBRA CONTRATADA				ACUMULADO ANTERIOR		EJECUTADO ESTE PERIODO		ACUMULADO TOTAL		%
		U	CANTIDAD	P. UNITARIO	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	REALIZADO
A	**CIMENTACIÓN**											
A.1	Cimentación de mampostería de 0.40 x 0.30m para acera perimetral (ML)	ML	71.50	415.28	29,692.52	0.00	0.00	71.50	29,692.52	71.50	29,692.52	100.00%
A.2	Excavación para cimentación (m3), incluye botado de material	M3	149.59	150.36	22,492.35	149.59	22,492.35		0.00	149.59	22,492.35	100.00%
A.3	Excavación para paso de tubería de agua potable 0.30x0.60 (ML)	ML	50.00	55.00	2,750.00	50.00	2,750.00		0.00	50.00	2,750.00	100.00%
A.4	Excavación para paso de tubería de aguas residuales 0.40x0.70 (ML)	ML	64.00	75.00	4,800.00	64.00	4,800.00		0.00	64.00	4,800.00	100.00%
A.5	Relleno y compactado material de sitio (m3)	M3	55.05	120.00	6,606.00	55.05	6,606.00		0.00	55.05	6,606.00	100.00%
A.6	Relleno y compactado material selecto e=0.20 m (m3)	M3	55.01	412.35	22,683.37	55.01	22,683.37		0.00	55.01	22,683.37	100.00%
A.7	Sobre elevación de bloque fundido de 6", bastones #3 @ 0.40 m	ML	168.65	715.21	120,620.17	168.65	120,620.17		0.00	168.65	120,620.17	100.00%
A.8	Zapata Corrida de 0.60 m x 0.20 m, concreto 3000 PSI (1:2:3) 4#3 y #4 @0.25 m, desplante promedio 1.00 m	ML	168.65	715.22	120,621.85	168.65	120,621.85		0.00	168.65	120,621.85	100.00%
A.9	Zapata Za-01 de 60x0.60 m e=0.20 m 5#4 @ 0.18 m a/s desplante de 1.00 m(Unidad)	Und	2.00	1,352.10	2,704.20	2.00	2,704.20		0.00	2.00	2,704.20	100.00%
	Sub-Total				**332,970.46**		**303,277.94**		**29,692.52**		**332,970.46**	**100.00%**
B	**COLUMNAS Y CASTILLOS**											
B.1	Castillo C-01 0.15x0.15 m 4#3 y #2 @0.15 m concreto 3000 1:2:3 (ml	ML	182.90	385.14	70,442.11	182.90	70,442.11		0.00	182.90	70,442.11	100.00%
B.2	Castillo C-02 0.23x0.15 m 4#3 y #2 @0.20 m concreto 3000 1:2:3 (ml)	ML	6.20	424.89	2,634.32	6.20	2,634.32		0.00	6.20	2,634.32	100.00%
B.3	Castillo C-03 0.25x0.15 m 4#3 y #2 @0.20 m concreto 3000 1:2:3 (ml)	ML	3.10	456.32	1,414.59	3.10	1,414.59		0.00	3.10	1,414.59	100.00%
B.4	Jamba J-01 de 0.10x0.15 m 2#3 y #2 @ 0.15 m concreto 3000 1:2:3 (ml)	ML	127.10	322.67	41,011.36	127.10	41,011.36		0.00	127.10	41,011.36	100.00%
	Sub-Total				**115,502.38**		**115,502.38**		**0.00**		**115,502.38**	**100.00%**
C	**SOLERAS**											
C.1	Solera Cargador So-02 de 0.15x0.20 m 4#3 y #2 @ 0.20 m concreto 3000 1:2:3 (ml)	ML	32.04	412.32	13,210.73	32.04	13,210.73		0.00	32.04	13,210.73	100.00%
C.2	Solera Inferior S-01 de 0.20x0.20 m 4#3 y #2 @ 0.20 concreto 3000 1:2:3 (ml)	Und	168.65	415.23	70,028.54	168.65	70,028.54		0.00	168.65	70,028.54	100.00%
C.3	Solera Superior So-03 de 0.20x0.20 m 4#3 y #2 @ 0.20 concreto 3000 1:2:3 (ml)	ML	168.65	425.16	71,703.23	168.65	71,703.23		0.00	168.65	71,703.23	100.00%
	Sub-Total				**154,942.50**		**154,942.50**		**0.00**		**154,942.50**	**100.00%**
D	**PISOS Y LOSAS**											
D.1	Acera de concreto simple 3000 PSI (210kg/cm2), ancho promedio 1.00 m. espesor 10 cm, pendiente de 1.00%, acabado liso (ML)	ML	79.95	455.07	36,382.85	0.00	0.00	79.95	36,382.85	79.95	36,382.85	100.00%
D.2	Firme de concreto 3000 PSI (210kg/cm2) e= 5 cm con malla electrosoldada 6/6 (m2)	M2	275.07	602.33	165,682.91	275.07	165,682.91		0.00	275.07	165,682.91	100.00%
D.3	Suministro e instalación de Moldura de cerámica de 7 cm similar al piso ML	ML	188.15	154.89	29,142.55	0.00	0.00	188.15	29,142.55	188.15	29,142.55	100.00%
D.4	Suministro e instalación de Piso de cerámica de 46x46 color blanco perla M2	M2	253.80	745.49	189,205.36	0.00	0.00	253.80	189,205.36	253.80	189,205.36	100.00%
	Sub-Total				**420,413.67**		**165,682.91**		**254,730.76**		**420,413.67**	**100.00%**
E	**PAREDES**											
E.1	Pared de Bloque de 6" con liga 1:3 de 1cm a 2cm	M2	436.38	615.21	268,465.34	436.38	268,465.34		0.00	436.38	268,465.34	100.00%
E.2	Pintura de paredes, ambas caras (M2)	Und	872.76	87.41	76,287.95	0.00	0.00	872.76	76,287.95	872.76	76,287.95	100.00%
E.3	Pulido de paredes, ambas caras (M2)	ML	872.76	125.22	109,287.01	0.00	0.00	872.76	109,287.01	872.76	109,287.01	100.00%

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. de R. L.
Construcción de Establecimiento de Salud en Abundancia, Macuelizo, Santa Bárbara
ESTIMACIÓN No. 03 DESDE EL 06 DE DICIEMBRE DEL 2023 AL 15 DE FEBRERO DEL 2024

Nº	CONCEPTO	OBRA CONTRATADA				ACUMULADO ANTERIOR		EJECUTADO ESTE PERIODO		ACUMULADO TOTAL		%
		U	CANTIDAD	P. UNITARIO	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	REALIZADO
E.4	Repello de paredes, ambas caras, dosificación 1:3 hasta 2.00 cm de espesor (M2)	M2	872.76	132.14	115,326.51	785.48	103,793.33	87.28	11,533.18	872.76	115,326.51	100.00%
	Sub-Total				**569,366.81**		**372,258.67**		**197,108.14**		**569,366.81**	**100.00%**
F	**SISTEMA HIDROSANITARIO**											
F.1	Suministro e instalación de Accesorios para tubería PVC de 1/2" SDR-21 para agua potable (Gbl)	GBL	1.00	3,500.00	3,500.00	0.90	3,150.00	0.10	350.00	1.00	3,500.00	100.00%
F.2	Suministro e instalación de Accesorios para tubería PVC para aguas residuales (Gbl)	GBL	1.00	8,600.00	8,600.00	0.90	7,740.00	0.10	860.00	1.00	8,600.00	100.00%
F.3	Caja de registro de 0.70 x 0.70 x 0.70 m de ladrillo con tapadera de concreto y media caña (Unidad)	Und	3.00	2,876.36	8,629.08	2.10	6,040.36	0.90	2,588.72	3.00	8,629.08	100.00%
F.4	Suministro e Instalación de tubería PVC de 1/2" SDR-21 para agua potable (ML)	ML	50.00	95.00	4,750.00	40.00	3,800.00	10.00	950.00	50.00	4,750.00	100.00%
F.5	Suministro e Instalación de tubería PVC de 2" SDR-41 para aguas residuales (ML)	ML	20.00	120.00	2,400.00	16.00	1,920.00	4.00	480.00	20.00	2,400.00	100.00%
F.6	Suministro e Instalación de tubería PVC de 4" SDR-41 para aguas residuales (ML)	ML	44.50	278.96	12,413.72	35.60	9,930.98	8.90	2,482.74	44.50	12,413.72	100.00%
F.7	Suministro e Instalación de inodoros y lavabos Gbl	GBL	7.00	8,829.63	61,807.41	0.00	0.00	7.00	61,807.41	7.00	61,807.41	100.00%
F.8	Suministro e Instalación Lavatrastos Gbl	GBL	1.00	7,208.00	7,208.00	0.00	0.00	1.00	7,208.00	1.00	7,208.00	100.00%
	Sub-Total				**109,308.21**		**32,581.34**		**76,726.87**		**109,308.21**	**100.00%**
G	**INSTALACIONES ELÉCTRICAS**											
G.1	Breaker Square D' de 15 amp	Und	15.00	275.00	4,125.00	0.00	0.00	15.00	4,125.00	15.00	4,125.00	100.00%
G.2	Breaker Square D' de 20 amp	Und	8.00	485.00	3,880.00	0.00	0.00	8.00	3,880.00	8.00	3,880.00	100.00%
G.3	Cable THHN #14 Blanco	Pie	860.00	6.50	5,590.00	0.00	0.00	860.00	5,590.00	860.00	5,590.00	100.00%
G.4	Cable THHN #14 Rojo	Pie	860.00	6.50	5,590.00	0.00	0.00	860.00	5,590.00	860.00	5,590.00	100.00%
G.5	Cable THHN #14 verde	Pie	860.00	6.50	5,590.00	0.00	0.00	860.00	5,590.00	860.00	5,590.00	100.00%
G.6	Caja de 2x4 metálica pesada	Und	24.00	55.00	1,320.00	0.00	0.00	24.00	1,320.00	24.00	1,320.00	100.00%
G.7	Caja de 4x4 metálica pesada	Und	37.00	55.00	2,035.00	0.00	0.00	37.00	2,035.00	37.00	2,035.00	100.00%
G.8	Cinta aislante	rollo	15.00	45.00	675.00	0.00	0.00	15.00	675.00	15.00	675.00	100.00%
G.9	Luminarias	Und	37.00	275.00	10,175.00	0.00	0.00	37.00	10,175.00	37.00	10,175.00	100.00%
G.10	Panel SquareD' de 24 circuitos	Und	1.00	9,500.00	9,500.00	0.00	0.00	1.00	9,500.00	1.00	9,500.00	100.00%
G.11	Poliducto de 3/4	Pie	860.00	4.50	3,870.00	860.00	3,870.00		0.00	860.00	3,870.00	100.00%
G.12	Rosetas	Und	33.00	60.00	1,980.00	0.00	0.00	33.00	1,980.00	33.00	1,980.00	100.00%
G.13	Swich doble empotrable 15 AMP	Und	3.00	225.00	675.00	0.00	0.00	3.00	675.00	3.00	675.00	100.00%
G.14	Swich sencillo emp. 15 AMP con tomacorrientes	Und	7.00	225.00	1,575.00	0.00	0.00	7.00	1,575.00	7.00	1,575.00	100.00%
G.15	Swich sencillo empotrable 15 AMP	Und	12.00	185.00	2,220.00	0.00	0.00	12.00	2,220.00	12.00	2,220.00	100.00%
G.16	Swich triple empotrable 15 AMP	Und	2.00	250.00	500.00	0.00	0.00	2.00	500.00	2.00	500.00	100.00%
G.17	Tomacorriente empotrable 110v	Und	55.00	300.00	16,500.00	0.00	0.00	55.00	16,500.00	55.00	16,500.00	100.00%
G.18	Tomacorriente empotrable 220v	Und	8.00	350.00	2,800.00	0.00	0.00	8.00	2,800.00	8.00	2,800.00	100.00%
G.19	Instalaciones eléctricas	GBL	1.00	35,000.00	35,000.00	0.00	0.00	1.00	35,000.00	1.00	35,000.00	100.00%
	Sub-Total				**113,600.00**		**3,870.00**		**109,730.00**		**113,600.00**	**100.00%**
H	**PUERTAS Y VENTANAS**											
H.1	Suministro e instalación de Puerta mazonite tambor 1.0x2.1m marcos de pino, con bisagras de acero y llavin	Unidad	10.00	3,500.00	35,000.00	0.00	0.00	10.00	35,000.00	10.00	35,000.00	100.00%
H.2	Suministro e instalación de Puerta termoformada 0.90x2.10m marco de pino, con bisagras de acero y llavin	Unidad	6.00	3,200.00	19,200.00	0.00	0.00	6.00	19,200.00	6.00	19,200.00	100.00%

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. de R. L.
Construcción de Establecimiento de Salud en Abundancia, Macuelizo, Santa Bárbara
ESTIMACIÓN No. 03 DESDE EL 06 DE DICIEMBRE DEL 2023 AL 15 DE FEBRERO DEL 2024

N°	CONCEPTO	OBRA CONTRATADA				ACUMULADO ANTERIOR		EJECUTADO ESTE PERIODO		ACUMULADO TOTAL		%
		U	CANTIDAD	P. UNITARIO	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	REALIZADO
H.3	Suministro e instalación de Puerta metálica doble hoja de 1.50 x 2.10 m, marco de ángulo de 1"x1"x3/16", marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap. 18 galvanizado, lámina 0.90 soldada en las orillas y remachada en el centro, pintado con pintura corrostil base agua y aplicado de barniz color natural o acabado de igual calidad, incluye llavín yale o similar, pasadores arriba y abajo, tres bisagras por hoja, ver detalle sen planos	Unidad	1.00	10,500.00	10,500.00	0.00	0.00	1.00	10,500.00	1.00	10,500.00	100.00%
H.4	Suministro e instalación de Puerta Doble hoja abatible de aluminio color natural y vidrio claro de 3/16"	Unidad	1.00	22,000.00	22,000.00	0.00	0.00	1.00	22,000.00	1.00	22,000.00	100.00%
H.5	Suministro e instalación de Puerta metálica abatible de 1.00x2.10m, contramarco de ángulo de 1"x1"x3/16", marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap. 18 galvanizado, lámina 0.90 soldada por las orillas y remachada en el centro, incluye llavín yale o similar, pintura corrostil base agua y barniz color natural o acabado similar en calidad, tres bisagras ver detalle sen planos	Unidad	3.00	8,000.00	24,000.00	0.00	0.00	3.00	24,000.00	3.00	24,000.00	100.00%
H.6	Suministro e instalación de Puerta metálica de 0.90x2.10 m contramarco de ángulo de 1"x1"x3/16", marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap. 18 galvanizado, lámina 0.90 soldada por las orillas y remachada en el centro, incluye llavín yale o similar, pintura corrostil base agua y barniz color natural o acabado similar en calidad, tres bisagras, ver detalle sen planos	Unidad	2.00	7,500.00	15,000.00	0.00	0.00	2.00	15,000.00	2.00	15,000.00	100.00%
H.7	Suministro e instalación de portón de 2.00x2.10m, contramarco de ángulo de 1"x1"x3/16", marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap 18 galvanizado perforado para instalación de las varillas lisas de 1/2W, barrotes de varilla lisa legítima de 1/2", Platina de 1" x 3/16" perforada para instalación de varillas y soldadas, pintadas con pintura corrostil base agua y baño de barniz color neutral o acabado similar de igual calidad, incluye pasador en la parte superior como en la parte inferior y portacandado, lamina 0.90 en el centro del portón, ver detalle sen planos	Unidad	1.00	11,550.00	11,550.00	0.00	0.00	1.00	11,550.00	1.00	11,550.00	100.00%
H.8	Suministro e instalación de Ventana corrediza 4mm vidrio claro, 0.6x0.40m, marco pvc blanco	Unidad	1.00	1,850.00	1,850.00	0.00	0.00	1.00	1,850.00	1.00	1,850.00	100.00%
H.9	Suministro e instalación de Ventana corrediza 4mm vidrio claro, 0.9x1.0 m, marco pvc blanco	Unidad	1.00	4,000.00	4,000.00	0.00	0.00	1.00	4,000.00	1.00	4,000.00	100.00%
H.10	Suministro e instalación de Ventana corrediza 4mm vidrio claro, 1.0x1.2 m, marco pvc blanco	Unidad	1.00	4,200.00	4,200.00	0.00	0.00	1.00	4,200.00	1.00	4,200.00	100.00%
H.11	Suministro e instalación de Ventana corrediza 4mm vidrio claro, 1.2x1.2 m, marco pvc blanco	Unidad	9.00	4,550.00	40,950.00	0.00	0.00	9.00	40,950.00	9.00	40,950.00	100.00%
H.12	Suministro e instalación de Ventana corrediza 4mm vidrio claro, 1.5x1.2 m y marco de pvc blanco	Unidad	3.00	5,350.00	16,050.00	0.00	0.00	3.00	16,050.00	3.00	16,050.00	100.00%

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. de R. L.
Construcción de Establecimiento de Salud en Abundancia, Macuelizo, Santa Bárbara
ESTIMACIÓN No. 03 DESDE EL 06 DE DICIEMBRE DEL 2023 AL 15 DE FEBRERO DEL 2024

N°	CONCEPTO	OBRA CONTRATADA				ACUMULADO ANTERIOR		EJECUTADO ESTE PERIODO		ACUMULADO TOTAL		%
		U	CANTIDAD	P. UNITARIO	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	REALIZADO
H.13	Suministro e instalación de balcón de metal de 1.50x1.20m, con marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap 18 galvanizado perforado para instalación de las vallas lisas de 1/2, barrotes de varilla lisa legítima de 1/2", Platina de 1" x 3/16" perforada para instalación de varillas y soldadas, pintadas con pintura corrostil base agua y baño de barniz color neutral o acabado similar de igual calidad, ver detalle sen planos	Unidad	3.00	5,000.00	15,000.00	0.00	0.00	3.00	15,000.00	3.00	15,000.00	100.00%
H.14	Suministro e instalación de balcón de metal de 1.20x1.20m, con marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap 18 galvanizado perforado para instalación de las vallas lisas de 1/2, barrotes de varilla lisa legítima de 1/2", Platina de 1" x 3/16" perforada para instalación de varillas y soldadas, pintadas con pintura corrostil base agua y baño de barniz color neutral o acabado similar de igual calidad, ver detalle sen planos	Unidad	9.00	4,500.00	40,500.00	0.00	0.00	9.00	40,500.00	9.00	40,500.00	100.00%
H.15	Suministro e instalación de balcón de metal de 1.00x1.20m, con marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap 18 galvanizado perforado para instalación de las vallas lisas de 1/2, barrotes de varilla lisa legítima de 1/2", Platina de 1" x 3/16" perforada para instalación de varillas y soldadas, pintadas con pintura corrostil base agua y baño de barniz color neutral o acabado similar de igual calidad, ver detalle sen planos	Unidad	1.00	3,500.00	3,500.00	0.00	0.00	1.00	3,500.00	1.00	3,500.00	100.00%
H.16	Suministro e instalación de balcón de metal de 0.60x0.40m, con marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap 18 galvanizado perforado para instalación de las vallas lisas de 1/2, barrotes de varilla lisa legítima de 1/2", Platina de 1" x 3/16" perforada para instalación de varillas y soldadas, pintadas con pintura corrostil base agua y baño de barniz color neutral o acabado similar de igual calidad, ver detalle sen planos	Unidad	1.00	1,500.00	1,500.00	0.00	0.00	1.00	1,500.00	1.00	1,500.00	100.00%
	Sub-Total				**264,800.00**		**0.00**		**264,800.00**		**264,800.00**	**100.00%**
I	**TECHO**											
I 1	Suministro e instalación de Bajante PVC para aguas lluvias (Unidad)	unidad	9.00	1,450.00	13,050.00	9.00	13,050.00		0.00	9.00	13,050.00	100.00%
I 2	Suministro e instalación de Cajón de canaleta de 2" x 6" x 1/16" para estructura de techo (ML)	ML	179.00	525.00	93,975.00	179.00	93,975.00		0.00	179.00	93,975.00	100.00%
I 3	Suministro e instalación de Canal de aguas lluvias (ML)	ML	76.50	525.00	40,162.50	76.50	40,162.50		0.00	76.50	40,162.50	100.00%
I 4	Cielo Falso de PVC Blanco Mate (M²)	M2	335.29	612.00	205,197.48	0.00	0.00	335.29	205,197.48	335.29	205,197.48	100.00%
I 5	Suministro e instalación de lámina de Aluzinc	GBL	1.00	120,000.00	120,000.00	0.70	84,000.00	0.30	36,000.00	1.00	120,000.00	100.00%
I 6	Suministro e instalación de Largueros de canaleta de 6"x2"x1/16" para estructura de techo (ML)	ML	315.00	245.60	77,364.00	315.00	77,364.00		0.00	315.00	77,364.00	100.00%
	Sub-Total				**649,748.98**		**308,551.50**		**241,197.48**		**549,748.98**	**100.00%**
J	**FOSA SÉPTICA**											
J 1	Fosa Séptica	GBL	1.00	35,000.00	35,000.00	1.00	35,000.00		0.00	1.00	35,000.00	100.00%
J 2	Excavación para fosa séptica (m3)	M3	82.00	175.00	14,350.00	82.00	14,350.00		0.00	82.00	14,350.00	100.00%
J 3	Firme y tapadera para fosa, concreto 3000 PSI (210kg/cm2) e= 5 cm con malla electrosoldada 6/6 (m2)	M2	61.64	385.74	23,777.01	61.64	23,777.01		0.00	61.64	23,777.01	100.00%
J 4	Pared de piedra ademada para fosa séptica	M	26.00	521.25	13,552.50	26.00	13,552.50		0.00	26.00	13,552.50	100.00%
J 5	Pared de piedra fundida para fosa séptica con liga 1:3 de 1cm a 2cm	M	10.00	602.34	6,023.40	10.00	6,023.40		0.00	10.00	6,023.40	100.00%
	Sub-Total				**92,702.91**		**92,702.91**		**0.00**		**92,702.91**	**100.00%**

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. de R. L.
Construcción de Establecimiento de Salud en Abundancia, Macuelizo, Santa Bárbara
ESTIMACIÓN No. 03 DESDE EL 06 DE DICIEMBRE DEL 2023 AL 15 DE FEBRERO DEL 2024

Nº	CONCEPTO	OBRA CONTRATADA				ACUMULADO ANTERIOR		EJECUTADO ESTE PERIODO		ACUMULADO TOTAL		%
		U	CANTIDAD	P. UNITARIO	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	REALIZADO
K	CISTERNA											
K.1	Columna C-01 de 0.20x0 20m con 4#3 y #2 @0.20m, concreto 4,000 PSI.	M	8.20	745.89	6,116.30	8.20	6,116.30		0.00	8.20	6,116.30	100.00%
K.2	Excavación para cisterna 1 50x3 00x2 00 (m3)	M3	11.88	275.00	3,267.00	11.88	3,267.00		0.00	11.88	3,267.00	100.00%
K.3	Firme para cisterna 1 90x3.40m de concreto 4000PSI (1:2:2) de 3.40x1 90m e=0.20m con #3@0.15m en A.D., carcamo de 0.40x0 40m	M2	6.46	1,250.00	8,075.00	6.46	8,075.00		0.00	6.46	8,075.00	100.00%
K.4	Losa para cisterna de 1 90x3.40m de concreto 4,000 PSI e=0.15m con #3 @0.15m en A.D., con tapadera removible de 0.60x0.60m	M2	6.46	2,452.30	15,841.86	6.46	15,841.86		0.00	6.46	15,841.86	100.00%
K.5	Pared para cisterna de Bloque de 8" fundido, bastones 1#3 @0.40 m y 1#3 @2 hilada, con liga 1:3 de 1cm a 2cm e impermeabilizada con sikatop 107, repello dentro y fuera y dado fino por dentro	M2	18.00	725.46	13,058.28	18.00	13,058.28		0.00	18.00	13,058.28	100.00%
K.6	Suministro e instalación de accesorios para cisterna con bomba achicadora de 4HP, 40m tubería PVC de 1/2" SDR-21, sistema de filtro Home Pack y Flotador eléctrico Viyilant	GBL	1.00	13,500.00	13,500.00	0.00	0.00	1.00	13,500.00	1.00	13,500.00	100.00%
K.7	Viga de cimentación V-02 para cisterna de 0.50x0 20m con 6#3 y #2 @0.20m, concreto 4,000 PSI	M	5.30	998.40	5,291.52	5.30	5,291.52		0.00	5.30	5,291.52	100.00%
K.8	Viga V-01 de 0.20x0 20m con 4#3 y #2 @0.20m, concreto 4,000 PSI.	M	15.90	623.21	9,909.04	15.90	9,909.04		0.00	15.90	9,909.04	100.00%
	Sub-Total				75,059.00		61,559.00		13,500.00		75,059.00	100.00%
	GRAN TOTAL OBRA CIVIL Y ELÉCTRICA				**L. 2,798,414.92**		**L. 1,610,929.15**		**L. 1,187,485.77**		**L. 2,798,414.92**	**100.00%**

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. de R. L.
Construcción de Establecimiento de Salud en Abundancia, Macuelizo, Santa Bárbara
ESTIMACIÓN No. 03 DESDE EL 06 DE DICIEMBRE DEL 2023 AL 15 DE FEBRERO DEL 2024

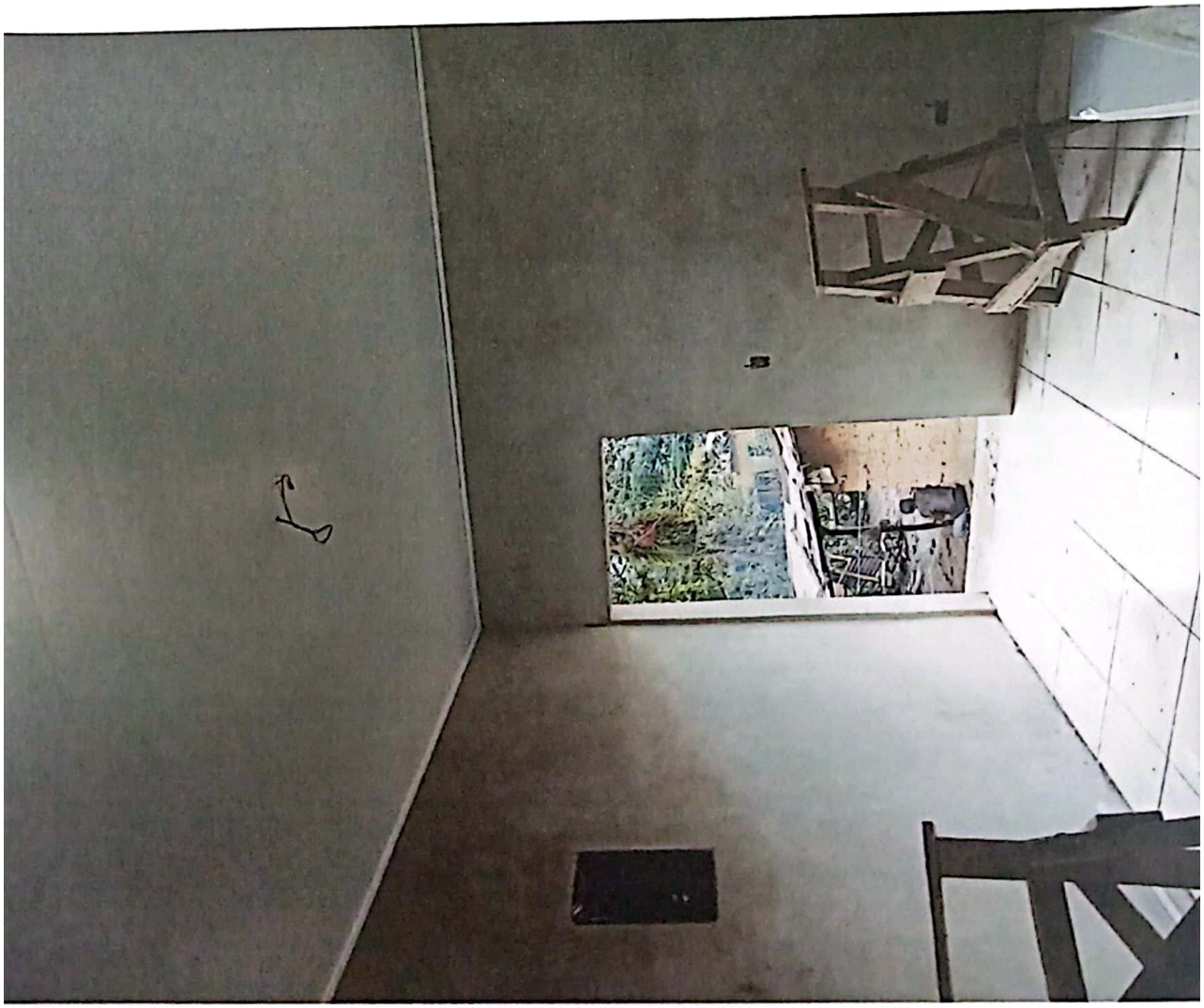
Nº	CONCEPTO	OBRA CONTRATADA				ACUMULADO ANTERIOR		EJECUTADO ESTE PERIODO		ACUMULADO TOTAL		%
		U	CANTIDAD	P. UNITARIO	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	CANTIDAD	TOTAL (Lps.)	REALIZADO
	RESUMEN											
	(+) COSTOS INDIRECTOS (5%)				L.139,920.75		L. 80,546.45		L. 59,374.30		L. 139,920.75	100.00%
	TOTAL ESTA ESTIMACION				L. 2,938,335.67		L. 1,691,475.60		L. 1,246,860.07		L. 2,938,335.67	100.00%
	(-) RETENCION POR ANTICIPO (20%)				L.587,667.13		L.338,295.12		L.249,372.01		L.587,667.13	100.00%
	NETO A PAGAR						L.1,353,180.48		L.997,488.06		L.2,350,668.54	

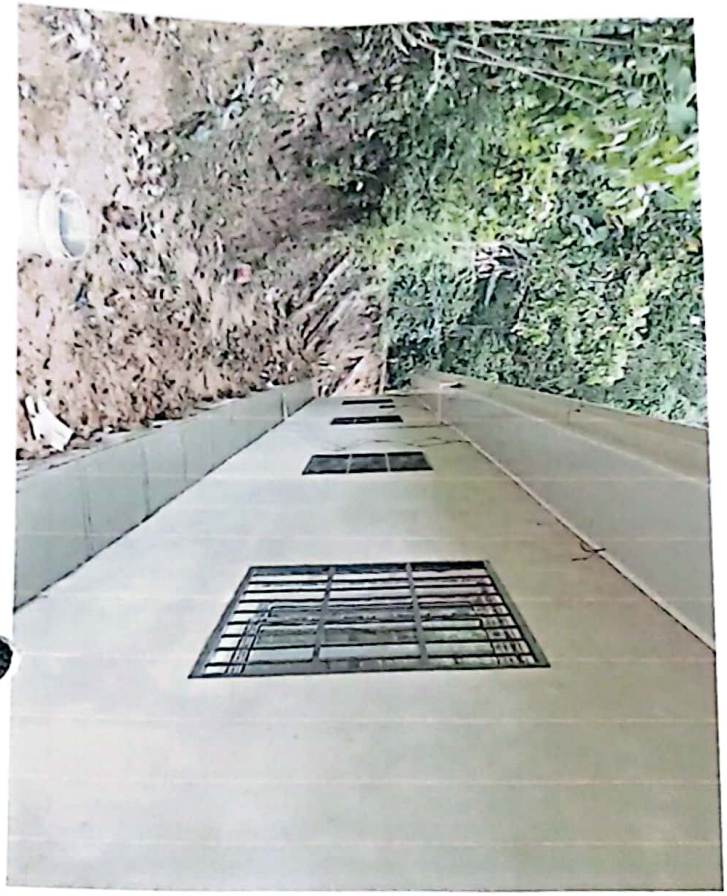
SUYAPA JACQUELINE TREJO CORDOVA
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO S.B.
ALCALDESA

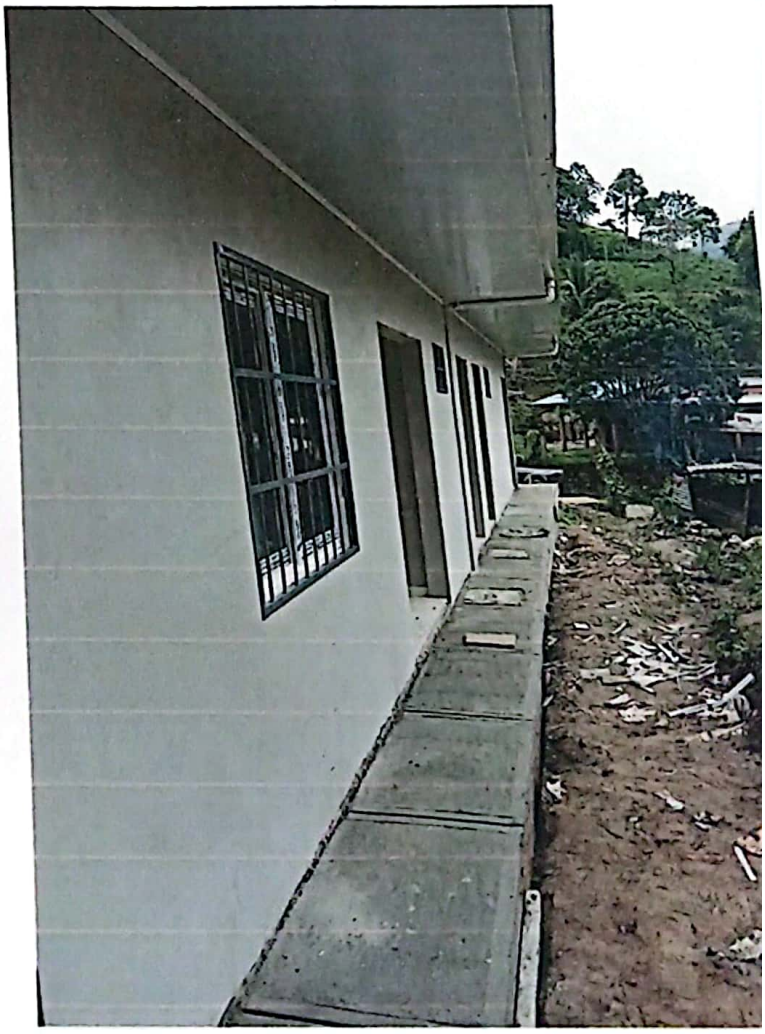
LIC. EDENIA BEATRIZ ROMERO
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

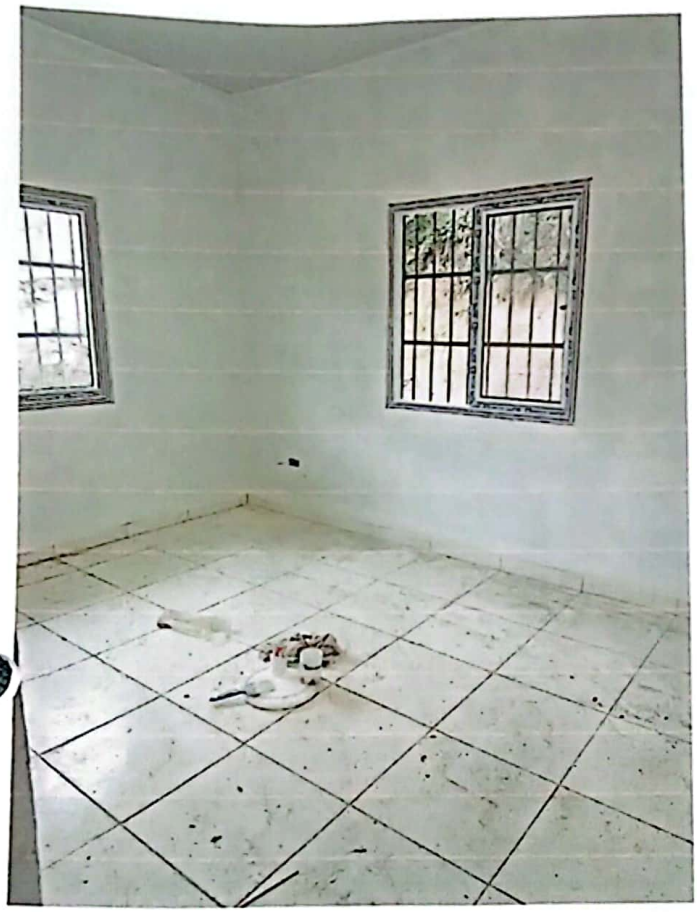
CÉSAR OMAR CHINCHILLA
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO S.B.
INGENIERO MUNICIPAL

MANUEL ROJAS
CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. de R. L.
CONTRATISTA









CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. DE R.L.

Bo. Medina, 10 Calle, 6 Avenida # 76, San Pedro Sula
E-mail: djesuscad@yahoo.com Tel.: 2557-6943

R.T.N. 05019014648999
FACTURA
000-001-01-00 000206
C.A.I.: 0CF17A-8BB3D9-A34A82-E7321A-62E126-AE

Fecha: 13- Marzo- 2024

Cliente: Municipalidad de Macuelizo RTN: 16139011360075

DESCRIPCION	UND.	CANT.	VALOR UNIT.	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
Pago Por tercera y ultima Estimacion del Proyecto: "Construccion del Establecimiento de Salud de Abundancia" Segun Licitacion Privada LPR-MuniMAC-01-2023					

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. DE R.L. CON OBRAS

TOTAL = LPS. 997,488.06

Valor en Letras L.: Novecientos Noventisiete mil Cuatrocientos Ochenta y Ocho con 06/100

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	
IMPORTE GRAVADO 15% L.	
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
I.S.V. 15% L.	
I.S.V. 18% L.	
TOTAL A PAGAR L.	997,488.06

N° Correlativo de la orden de compra exenta:

N° Correlativo de la constancia del registro de exonerados:

N° Identificación de la secretaria de Agricultura y Ganadería:

BET-EL IMPRESORES, S. DE R. L. Cel.: 9500-1257 / 9493-4228 R.T.N. 05019001051701 • Certificado No. 9231-22-10500-16

1 T/D • Rango Autorizado: 000-001-01-00000201 AL 000-001-01-00000250
Fecha Límite de Emisión: 04/09/2024

"La factura es beneficio de todos, exijala"

Original: Cliente Copia: Obligado Tributario Emisor

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-14785

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S DE RL**
Con Registro Tributario Nacional: **05019014648999**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-14785 en fecha 12/02/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418889020 de fecha 12/02/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202401, según Declaración 35748905771, presentada el 11/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-14785** o mediante el siguiente código QR:

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL

151-24-10500-4825

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S DE RL**
Con Registro Tributario Nacional: **05019014648999**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-4825 en fecha 12/02/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418888801 de fecha 12/02/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de treinta días calendario a partir de la fecha 12/02/2024 hasta 12/03/2024, **la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del Decreto 113-2011.**

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/, ingresando el número **151-24-10500-4825** o mediante el siguiente código QR:

SEGUROS CREFISA
¡Aseguramos tu tranquilidad!

POLIZA DE FIANZA

Póliza No.:	**ZN-FC-102811-2024**	**Desde:**	**19/02/2024**	**12 M.**
Fecha de Emisión:	**19/02/2024**	**Hasta:**	**19/02/2025**	**12 M.**

Afianzado: **CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS, S. DE R.L.**
Domicilio: **SAN PEDRO SULA,CORTES**

Beneficiario: **MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA**
Domicilio: **MACUELIZO, SANTA BARBARA**

Suma Afianzada: L 146,916.78

FIANZA DE CALIDAD DE OBRA
CONDICIONES GENERALES
CONTRATO GARANTIZADO

Garantía a favor de **"MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA "**, para garantizarle que el afianzado, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, reparará o corregirá cualquier falla o defecto de construcción por mano de obra o materiales empleados por el afianzado, en el proyecto: **"CONSTRUCCION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ABUNDANCIA" CON FINANCIAMIENTO DE FONDOS NACIONALES PROVENIENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD (SUPERAVIT) Y CONTRAPARTE DE LA MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO".** Garantía que asciende a la cantidad de: **L 146,916.78 (CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DIECISEIS LEMPIRAS CON 78/100)**, todo de conformidad con los términos del contrato al efecto firmado entre el afianzado y el beneficiario, contrato que en lo procedente se considerara formando parte integrante de la presente póliza.

CLÁUSULA ESPECIAL: LA PRESENTE GARANTÍA SE HARÁ EFECTIVA A SIMPLE REQUERIMIENTO DE LA MUNICIPALIDAD, ACOMPAÑADA DE UN CERTIFICADO DE INCUMPLIMIENTO.

SEGUROS CREFISA, S.A., que en lo sucesivo se denominará la Compañía garantiza por la presente póliza a favor del beneficiario (arriba mencionado), el cumplimiento por parte del afianzado (también arriba mencionado), de todas las obligaciones estipuladas en el contrato garantizado arriba especificado.

Las Condiciones Particulares que se agreguen a esta póliza, con el consentimiento de las partes contratantes se entienden que hacen parte del seguro otorgado según los términos de este documento.

Las Condiciones Generales adjuntas que se agregan a esta Fianza, con el consentimiento de las partes contratantes forman parte integrante de la presente Póliza

En fe de lo cual por Seguros Crefisa, se firma y sella en la Ciudad de:
TEGUCIGALPA, M.D.C. 19 de Febrero del 2024

Firma Autorizada

Afianzado

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S. DE R.L. CON OBRAS

DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007477

11 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S DE RL
Paguese a la orden de 997,488.06 L

NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO CON SEIS CENTAVOS
Cantidad en letras Lempiras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100 1150⑆000 1090000 2503⑈00007477

CONCEPTO DEL PAGO Tercera y Ultima Estimación correspondiente al proyecto de Construcción del Establecimiento de Salud de Abun Adjudicación de Licitación Privada LPR-MUNIMAC-01-2023, con financiamiento de Fondos Nacionales Provenientes de la Salud (SUPERAVIT) por el monto de Lps. 59,152.39 y Contraparte de la Municipalidad Lps. 938,335.67

PAGO DE Tercera y Ultima Estimación correspondiente al proyecto de Construcción 997,488.06

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	del Establecimiento de Salud de Abundancia según Adjudicación de Licitación Privada LPR-MUNIMAC-01-2023, con financiamiento de Fondos Nacionales Provenientes de la Secretaria de Salud (SUPERAVIT) por el monto de Lps. 59,152.39 y Contraparte de la Municipalidad Lps. 938,335.67			

CHEQUE No. 00007477 BALANCE

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BÁRBARA
TESORERIA MUNICIPAL

HECHO POR AUTORIZADO POR RECIBI CONFORME

1613 1974 0041

Escaneado con CamScanner

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN 05019014548999

CONSULTORES EN OBRAS Y SERVICIOS S DE RL
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo		Productores Importadores de Cigarrillos
Importador	✔	Productor Alcoholes [illegible]
Exportador	✔	Distribuidor Alcoholes [illegible]
Imprentas		Importador Alcoholes [illegible]
Prestamista		

Fecha de Emisión: 2019-08-22

Base Legal: Art. [illegible] y 3 del Decreto N° 02 de 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 220 del [illegible] de Agosto de 2002. Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley del Impuesto Sobre Ventas. Art. 28 del Decreto 20-97. Art. 24 del Decreto 194-2002 Ley de Simplificación Financiera y de la Producción Social. Art. 37 del Decreto [illegible]-2003 de 10 de Abril de 2003. Art. 6 Decreto de Ley N° 14 de 10 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20950 y el Reglamento de Funcionamiento del Registro Tributario Nacional [illegible] de 1973.

Ministro Director

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Número de Documento: [illegible] Transacción: DBRACA

Sistema de Administración Municipal Integrado

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Honduras, C.A.

Emisión: 15/03/2024
Hora : 10:31 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9239
L.: 6,256.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7446
Fecha de Emision: 15/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7527
Paguese a: HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN Id/RTN: 16019002439731
La Cantidad en Letras: SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Pago por Alimentación (34 Almuerzos) por Jornada de Capacitación sobre Protocolo de Atención de Violencia sexual y medición antropométrica MUAC impartida a Médicos Generales, Auxiliares de Enfermería y Promotores de Salud del Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo, en seguimiento a compromisos establecidos por nivel Regional en cumplimiento a Marco Normativo de la SESAL

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 31110 14-012-01	Productos Alimenticios y Bebidas	6,256.00

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	6,256.00
	Monto Total:	6,256.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	6,256.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	6,256.00

Firma y Sello de Presupuestario Firma y Sello de Alcalde(sa) Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:
Identidad No.:

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdleqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

Salud
Gobierno de la República

HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

10 de enero 2024.

Lic Edenia Romero
Administradora
GDDS Macuelizo.

Su oficina

Estimada.
Reciban un cordial saludo, éxitos y bendiciones de nuestro divino creador son mis sinceros deseos.

En seguimiento a los compromisos establecidos con el nivel regional de salud #16, cumplimiento del Marco Normativo, solicito alimentación para 34 personas, recurso humano institucional para la capacitación de protocolo de Atencion de violencia sexual, y medición antropométrica MUAC.

:

Sin mas

Lic Ever Alexander García Milla
Coordinador Municipal de salud
GDSS- Macuelizo.

HOTEL Y RESTAURANTE

Un Rico Sabor en Tu Camino...

COTIZACION

Proveedor	HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN	10/01/2024
Direccion	SULA, MACUELIZO S.B.	
RTN	160190023439731	
Cliente	Municipalidad de Macuelizo	
RTN		

Detalle

Cantidad	Descripcion	Costo Unitario	Costo Total
34	almuerzo	160.00	L 5,440.00
	Exento		
	Subtotal		L 5,440.00
	4% turismo		L -
	15%isv		L 816.00
	Total		L 6,256.00

Nombre Lilian Sanchez

Firma y sello Lilian Sanchez

HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN
RTN
16019002439731
2657-4157 9731-3034

Telefono 9731-3034 O 9683-9063

Tel: (504) 2657-4157. Fax: (504) 2657-4158, Km 72 Carretera a Occidente. Sula, Santa Bárbara, Honduras C.A
Correo Electrónico. Hotelsulainn@yahoo.com.mx, Facebook: hotel y restaurante sula inn-oficial

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO MUNICIPIO MACUELIZO.
REGION DEPARTAMENTAL N: 16; SANTA BARBARA.
RED N1: QUIMISTAN.

MACUELIZO SANTA BARBARA

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES ESTRATEGICAS.

Actividad: Jornada de Capacitacion de Atencion Integral a Personas Victimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual

Dirigida a: Equipos de Salud Familiar.

Participantes:

1.1. Médico General.
1.2. Auxiliar de enfermeria.
1.3. Promocion

Nombre del responsable: Lic Katherin Guardado. Abog. José Dimas Figueroa. Dra Cindy Yamaleth Diaz. Lic Ever Alexander García.	**Fecha:** 11 de enero 2024 **Hora de entrada:** 8:00 am **Hora de salida:** 3:00 pm

Lugar: Salón de Reuniones de la Municipalidad Macuelizo.

Finalidad: Estandarizar la atencion integral inmediata de calidad a las personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual en los servicios de salud del Municipio de Macuelizo sin ningún tipo de discriminación atraves del protocolo establecido por la SESAL.

Diagnóstico de necesidad:
Capacitar al personal en el protocolo de atencion integral a personas víctimas/sobreviviente de violencia sexual.

Selección: Equipos de salud familiar.

Estrategia:

1- Presentaciones en power point.
2- Trabajos grupales.
3- Exposiciones.

Ejecución:
Se inició el proceso de capacitación con palabras de bienvenida, y agradecimiento por la participación, luego oración a Dios dirigida por la A/E María Martinez, luego la participación de la Psicóloga de la Municipalidad con el tema de Relaciones interpersonales, luego abogado Dimas Figueroa con el tema de aspectos legales en temas de tipos de violencia, luego la socialización del protocolo a través de la técnica de trabajos de equipo y expositiva.
Para finalizar se establecieron compromisos.

Anexos:

HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Logros/Resultado esperado: - Protocolo de atencion integral a personas víctimas/sobrevivientes de violencia sexual, a equipos de salud familiar del municipio Macuelizo.
Compromisos: 1- Enviar seccion del plan estrategico Mision, vision a los coordinadores de equipos de salud familiar. 2- Actualizar directorio de autoridades municipales y enviar a los establecimientos de salud.(ante emergencias) 3- Gestionar capacitacion y fortaleciemiento con medico forense. 4- Socializar protocolo de atencion integral a personas victimas/sobrevivientes de violencia sexual con el equipo de salud familiar en reuniones de equipo, y retroalimentacion ante casos.
Medio de convocatoria: Plataformas WhatsApp. Oficio circular.

1- Listado de asistencia.
2- Fotografí

HONDURAS

Salud
Gobierno de la República

HONDURAS

REGION DE SALUD SANTA BARBARA N°16
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

EVENTO: SOCIALIZACION DE PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A PERSONAS VICTIMAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL A ESFAM. EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

LUGAR: SALON MUNICIPAL

DIA JUEVES 11 DE ENERO DEL AÑO 2024

N°	NOMBRE COMPLETO	SEXO F	SEXO M	NUMERO DE IDENTIDAD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Zamir Dagoberto Tabora		✓	1613199600363	ECOR	Supervisor	99081360	hvi.zdtm@gmail.com	
2	Mersy Mejia Martono	✓		1613-2001-00423	ECOR	Aux. Admón	9867-1119		
3	Elsa Melissa Maldonado	✓		1613-1991-00374	CIS Sula	Promotora	94889364		
4	Fredy Osman Cardenas Martinez		✓	1613197300530	CIS Macuelizo	TGA PF.	99376857	fredyosman@hotmail.es	
5	Anchea Carolina Castellanos M	✓		1613-2004-00020	UMAPS Cinco	Promotora	9401-7584	anchaamg11@gmail.com	
6	Sinhia Berenia Montes Cuevas	✓		1613-1984-01840	UMAPS Flecha	M.G.	99-64-05-64	smontes01@yahoo.com	
7	Iris Marina Mejia	✓		1613-1996-00492	UAB Libertad	P/S	97247420	Irismejia97@hotmail.com	
8	Lucia Castellanos B	✓		1604196800779	ECOR	Sup/Sub	92475787	[illegible]	
9	Grecia Paola Rivera	✓		1201199801100	Clinica Comunitaria	M.G	97472041	grecia98rivera@gmail.com	
10	Dania S. Lopez	X		1613-90-00661	Casa Automada	A/E	9711 6849		
11	Karen Vanessa Castro	✓		1613-82-00640	CIS Sula	A/E	97548590		
12	Luis Fernando Miranda		✓	0501-1988-11864	UAPS Casa Automada	P/S	9850-0701		
13	Yaneth Navarrete	✓		1314-1993-00155	ECOR	Estadígrafo	31444-49-62		
14	Evelyn Meram Villanueva	X		1613199300677	UMPS Secundaria	Medico	96657799	evelynvillanueva22@gmail.	
15	Cindy Diaz	X		0501 199000766	UAPS Sinico	MG	94737184	Yandich27@hotmail.com	
16	Kathesyn Guardado	✓		0401-1998-00791	UMAP	Jefe UMAP	96750272	Katedgm27@gmail.com	
17									
18									

Salud
Gobierno de la República

HONDURAS

SECRETARIA DE SALUD
REGION DE SALUD SANTA BARBARA N°16
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

EVENTO: SOCIALIZACION DE PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL A PERSONAS VICTIMAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL A ESFAM.

EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

LUGAR: SALON MUNICIPAL

DIA JUEVES 11 DE ENERO DEL AÑO 2024

N°	NOMBRE COMPLETO	SEXO		NUMERO DE IDENTIDAD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
		F	M						
1	Evis Alexander Garcia Millon		X	1613-1998-00838	ECOR	Coordinador	9806-1495	sandigarcia026@yahoo.com	
2	Marlon Edgardo Paz Reyes		X	1311-1987-00192	ECOR	Coordinador 3/5	9839-96-88	pazmarlon108@gmail.com	
3	José Dimas Figueroa		X	1618 1965 00125	Juzgado de Paz	Juez de Paz	79520158		
4	Lenis Rodriguez Mejia		X	0401-1996-00122	UAPI Nuevo	Medico General	87322767	len_rodri9@hotmail.com	
5	Maria de los Angeles Martinez	X		1613-1990-00246	UAPS Ciudad	A/E	9771-9887	Marymartinez041990@gmail.com	
6	Nilci Nabel Moreno C	X		0422199400112	UAPS Corquin	Medico General	95376159	nilcimoreno@gmail.com	
7	Norma Leticia Chirinos	X		1613-1977-01003	Abundancia	A/E	97849316	chirinos.norma773@gmail.com	
8	Mirian Hernández	X		1604-1990-00136	Abundancia	P/S	96908161		
9	Jury Ulin Duarte		X	0801-1460-03772	MOC	MX	95761672	[illegible]@yahoo.com	
10	Rosa Patricia Melgar C.	X		0411-1999-00289.	Macuelizo	A/E	98487452		
11	Vilma Maribel Martinez	X		1613-1984-01772	Libertad	A/E	97249140		
12	Trio Gilliany Reyes Mejia	X		0501-1988-08762	ECOR	Digitadora	9714-1872		
13	Maria Jacinta Ramirez	X		1613-1979-00039	Rosario	A/E	97550379		
14	Erica Aracely Gonzalez	X		1604-1997-00681	Sula	Medico general	96559681	erica-997@hotmail.com	
15	Karla M. Rodriguez	X		1613-1990-00284	Libertad	M.E	99312959	alicia-dal994@hotmail.com	
16	Sandra E. Anchila	X		1613-1981-01691	La Flecha	A/E	99577764	nocecoar@gmail.com	
17	Martha Cartagena	X		1613-1980-01168	La Flecha	P/S	97227875	martha.cartagena.gmail.com	
	Abel Antonio Madrid.		X	1613-1994-00887	Rosario	P/S.	96375740	abelantoniomadridperez94@gmail.com	

HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, S. de R. L.

FRENTE CARRETERA INTERNACIONAL. KM. 72 # 21, ALDEA SULA, MACUELIZO
SANTA BARBARA, TEL: 2664-1157, TELEFAX: (504) 2664-1158 / 2657-4157 / 2657-4158
CONTIGUO A LA COOPERATIVA OCOTEPEQUE.
www.hotelsulainnhn.com * hotelsulainn@yahoo.com.mx

R. T. N. 16019002439731

FACTURA 000-001-01-00 Nº 109027

Fecha 08 de Febrero del 2024

Cliente: Alcaldia de Macuelizo

R. T. N. 16139011360075

Dirección:

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNIT.	TOTAL
34	Almuerzos	160=	5,440.00

CONTADO ☐ **CRÉDITO** ☐	SUB-TOTAL L.	5,440.00
La Factura es Beneficio de Todos, "Exijala"	Importe Exonerado L.	
CAI: 5ECBF5-4BBB81-F2499D-0D94E0-4FE035-42	Importe Exento L.	
Fecha de Recepción: 05/12/2023	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L.	
Fecha Límite de Emisión: 05/12/2024	Importe Gravado 15 % L.	
Rango Autorizado:	Importe Gravado 18 % L.	
000-001-01-00107601	I. S. V. 15 % L.	816.00
000-001-01-00110100	I. S. V. 18 % L.	—
ORIGINAL: CLIENTE DUPLICADO AZUL: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR	TOTAL A PAGAR L.	6,256.00

Son: Seis mil, doscientos sincuenta y seis.

IMPRENTA SIGRA SISTEMAS GRAFICOS, L.E.C, TEL. 2661-2349 // 9992-6949 // 2661-3949, R.T.N. 04011974008267, CERTIFICADO Nº 9231-22-10500-111

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

N°. CORRELATIVO DE ORDEN DE COMPRA EXENTA | N°. CONSTANCIA DE REGISTRO DE EXONERADO | N°. DE REGISTRO DE LA SAG

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16019002439731
Nombre o Razón Social:	HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
Nombre Comercial:	HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
Teléfono:	26574157 96247320
Email:	hotelsulainn@yahoo.com.mx
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:ALDEA SULA, CALLE: OCCIDENTE, CASA NO.: S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: ALDEA SULA, OCCIDENTE, No. S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN:	04011974008267
Nombre Comercial:	CARVAJAL PESQUERA LILIAN YAMILETH

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00109027
Fecha de Autorización:	05/12/2023
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	05/12/2024
CAI:	5ECBF5-4BBB81-F2499D-0D94E0-4FE035-42
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00107601
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00110100

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-12204

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA**

Con Registro Tributario Nacional: **16019002439731**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-12204 en fecha 25/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418691331 de fecha 25/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202401, según Declaración 35746928515, presentada el 27/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-12204** o mediante el siguiente código QR:

República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión:17/05/2019

RTN: 16019002439731

HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☑	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Base Legal: Art. 1 del Decreto Nº 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto Nº 255 de 2002 , Art. 10 del Decreto Nº 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley Nº 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art.30, 39 y 56 Decreto Nº 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.

Ministra Directora

Ministra Directora

SAR

El Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 3198593 Transacción: D1EFE9

RNP

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE / FORENAME
ONDINA DOLORES

APELLIDO / SURNAME
TEJADA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH
27-02-1946

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER
0501 1946 00434

NACIONALIDAD / NATIONALITY
HND

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY
27-02-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

RNP

3400000001784603

DOMICILIO / ADDRESS
MACUELIZO
SANTA BARBARA

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0019005951<<<<<<<<<<<<<<<
4602273F3102271HND<<<<<<<<<<<0
TEJADA<<<ONDINA<DOLORES<<<<<<<

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

Depto. de Santa Bárbara

RTN: 16139011360075

Tel/Fax. (504) 9833-3030

PERMISO

No: 499/2024

Propietario: RESTAURANTE SULA INN

RTN: 16019002439731

Residencia: SULA, MACUELIZO, SANTA BARBARA

Clase de Negocio: RESTAURANTE

Extendido en Macuelizo, Santa Bárbara, a los 30 **días**

Del mes de ENERO **del 2024**

VALIDO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024

TESORERIA

JEFE DE CONTROL TRIBUTARIO

DIRECTOR DE JUSTICIA MUNICIPAL

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007527

18 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN 6,256.00 L
Páguese a la orden de

SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS CON CERO CENTAVOS Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100 1150⑆000 1090000 2503⑈00007527

CONCEPTO DEL PAGO o por Alimentación (34 Almuerzos) por Jornada de Capacitación sobre Protocolo de Atención de Violencia sex antropométrica MUAC impartida a Médicos Generales. Auxiliares de Enfermería y Promotores de Salud del Modelo Descent de Macuelizo, en seguimiento a compromisos establecidos por nivel Regional en cumplimiento a Marco Normativo de la SES

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	PAGO DE Pago por Alimentación (34 Almuerzos) por Jornada de Capacitación sobre Protocolo de Atención de Violencia sexual y antropométrica MUAC impartida a Médicos Generales, Auxiliares de Enfermería y Promotores de Salud del Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo, en seguimiento a compromisos establecidos por nivel Regional en cumplimiento a Marco Normativo de la SESAL		6,256.00	

CHEQUE No. 00007527 **BALANCE**

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA TESORERA MUNICIPAL

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

TESORERO MUNICIPAL AUTORIZADO POR RECIBI CONFORME

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

Honduras, C.A.

Emisión: 15/03/2024
Hora : 10:32 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9240
L.: 6,960.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7448
Fecha de Emision: 15/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7528
Paguese a: INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV Id/RTN: 04019007083261
La Cantidad en Letras: SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Pago a Laboratorio Patológico por lectura de 116 muestras de citologias correspondiente al mes de Enero 2024 en cumplimiento a la cartera de servicios del primer nivel de atención en Salud del Modelo Descentralizado de Salud

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 24130 14-012-01	Servicios Médicos	6,960.00

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	6,960.00
	Monto Total:	6,960.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	6,960.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	6,960.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorera

Recibido por: Melissa Yasmin Bueso
Identidad No.: 1604 1994 00497

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAlOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

ESTADO DE CUENTA MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO ENERO 2024

Nº		Nombre del Paciente	Costo
1	26-dic	Delmy Osminda Chavez	60.00
2		Maria Orellana	60.00
3		Marlen Yackelin Rivera	60.00
4		Yeni Guema	60.00
5		Rosa Barahona	60.00
6		Maria Santos Lopez	60.00
7		Belkis Alejandro Torres	60.00
8		Kenia Marisol Enamorado	60.00
9		Santos Elizabeth Aguilar	60.00
10		Maria Sara Lopez	60.00
11		Blanca Rosabel Lopez	60.00
12		Maria Tulia Monroy	60.00
13		Dina Pineda	60.00
14		Maria Priscila Melara	60.00
15		Rosalina Rivera	60.00
16		Cruz Alejandra Sanchez	60.00
17		Reina Elizabeth Fajardo	60.00
18		Leduvina Garcia	60.00
19		Evelin Roxana Hernandez	60.00
20		Elsy Cristina Hernandez	60.00
21		Yesica Karina Lopez	60.00
22		Natividad De jesus Melgar	60.00
23		Ma Fatima Barrientos	60.00
24		Irma Nohemy Lopez	60.00
25		Ofelia Mejia varela	60.00
26		Albadina Lara Alvarado	60.00
27		Carmen Elena Sarmiento	60.00
28		Emma Suyapa Rosales	60.00
29		Maria Elena Mejia	60.00
30		Lorena Santiago	60.00
31		Maria Natividad Santos	60.00
32		Gabriela Michell Castellon Gonzales	60.00
33		Florinda Perz Lopez	60.00
34		Wendi Carolina Mata Santos	60.00
35		Ana Maria Franco	60.00
36		Maria Encarnacion Ruiz	60.00
37		Rosa Barahona	60.00
38		Veronica Nohemi Rivera	60.00
39		Ana Patricia Romero	60.00
40		Marta Arely Perez	60.00
41		Cindy Rodriguez	60.00
42		Ala Luz Bueso	60.00
43		Laura Yadira Gonzales	60.00
44		Maria Magdalena Mancia	60.00
45		Maribel Mejia	60.00
46		Maria Telma Vargas	60.00
47		Cleotilde Paz Melgar	60.00

48		Delsy Mariely Alvarado	60.00
49		Helen Scarleth Fuentes Cartagena	60.00
50		Mileydi Gabriela Alvarado Ramos	60.00
51		Ana Aide Lara	60.00
52		Irma Yoselin Vasquez	60.00
53		Ruth Sarahi Garcia	60.00
54		Bartola Soto Lopez	60.00
55		Angie Norely Delcid Castillo	60.00
56		Lastenia Isabel Reyes	60.00
57		Delquin Dalila Oliva Gutierrez	60.00
58		Maria Nimia Alvarado	60.00
59		Maria Eliselda Noles Romero	60.00
60	15-ene	Alma Dolina Rivera	60.00
62		Enelda Lopez	60.00
64		Gissela Stephania Cortez Gomez	60.00
66		Clara Vanessa Ortiz Diaz	60.00
68		Iris Yorleny Hernandez	60.00
70		Maria Esmeralda Alfaro	60.00
72		Claudia Ailin Castro	60.00
74		Denia Ermelicia Deras	60.00
76		Deysi Yolanda Lainez	60.00
78		Digna Morales	60.00
80		Daysi Arely Mejia Vasquez	60.00
82		Rosa Anabel Perez Rivera	60.00
84		Magdalena Caseres Estrada	60.00
86		Karla Patricia Caballero	60.00
88		Yeni Claritza Benitez	60.00
90		Yohan Vanessa Montes	60.00
92		Evelin Enriquez Mejia	60.00
94		Sindy Yorleny Quintanilla	60.00
96		Maria Enma Ramos	60.00
98		Juana Mauricia Rodriguez	60.00
100		Maria Carmela Sorto	60.00
102		Jenifer Andrea Orellana	60.00
104		Daysi Marilu Velasquez	60.00
106		Johana Maricela Fernandez	60.00
108		Teresa Ramos	60.00
110		Suyapa Tobias Villanueva	60.00
112		Maria Nely Miranda	60.00
114		Norma Yackelin Hernandez	60.00
116		Alba Antonia Serrano	60.00
118		Wendi Yamileth Benitez Lara	60.00
120		Olga Leticia Salguero	60.00
122		Maria De jesus Chicas	60.00
124		Angelica Yamileth Mejia	60.00
126		Delmi Nohemi Garcia	60.00
128		Karla Molina	60.00
130		Bertha Lidia Maldonado	60.00
132		Nohemi Aleman Diaz	60.00

INVERSIONES SOLIDARIAS, S.A. de C.V.
tinsa
PATOLOGÍA
SANTA ROSA

134		Erika Marbely Vasquez	60.00
136		Claudia Morales	60.00
138		Sandra Maribel Lopez	60.00
140		Deysi Aminda Reyes	60.00
142		Esperanza Hernandez	60.00
144		Marleny Del Carmen Lopez	60.00
146		Kimberly Vasquez	60.00
148		Jessie Morales	60.00
150		Carmen Mejia	60.00
152		Ana Luisa Castillo	60.00
154		Yolanda Giron	60.00
156		Martha Elena Peraza	60.00
158		Elvia Patricia Gales	60.00
160		Tania Lizeth Hernandez	60.00
162		Alejandra Liseth Quintanilla	60.00
164		Lucila Rodriguez	60.00
166		Martha Claros Delcid	60.00
167		July Rosibel Ramos	60.00
168		Maria Alicia Rodriguez	60.00
169		Vilma Yamileth Rivera	60.00
		TOTAL MES DE ENERO 2024	6,960.00

Lic. Yamileth Hernández
Laboratorio de Patología
INSSA

Lic. Dilcia Henríquez
Administr-Contabilidad
INSSA

REPÚBLICA DE HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
SUB SECRETARÍA DE REGULACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO

LICENCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS

RD	NM	TE	CÓDIGO	MES/AÑO
04	01	ES05	1921	02/2019

OTORGADA A:
LABORATORIO PATOLOGICO.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO
LABORATORIOS DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA.

SERVICIOS QUE BRINDAN:
ANALISIS DE PATOLOGIA.

REPRESENTANTE LEGAL:
JOSE FELICIANO BAUTISTA GOMEZ/ INVERSIONES SOLIDARIAS S.A. DE C.V. (INSSA)
UBICADO EN:
BARRIO EL CALVARIO, UNA CUADRA ABAJO DEL HOSPITAL DE OCCIDENTE, DE LA CIUDAD DE SANTA ROSA, DEPARTAMENTO DE COPAN
FECHA DE EMISION:
24/02/2021
VÁLIDA HASTA EL:
07/02/2025

DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD TEGUCIGALPA, M.D.C.

Firma de la autoridad responsable

*FUNDAMENTO LEGAL: Artículo 80 de La Constitución de la República, 60,61,62,63, 64, 65 y 66 de la Ley de Procedimiento Administrativo, 222, 223, 224 del Código de Salud.

SERIE No.: **990238**

No. RC: **226025**

FOR-059 V-3

ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.°: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007528

18 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV — L 6,960.00
Páguese a la orden de

SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA CON CERO CENTAVOS . — Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del Pais, S.A.

Firma (s)

⑆0100 1450⑆000 1090000 2503⑈0000 7528

CONCEPTO DEL PAGO o a Laboratorio Patológico por lectura de 116 muestras de citologias correspondiente al mes de Enero 202
la cartera de servicios del primer nivel de atención en Salud del Modelo Descentralizado de Salud

PAGO DE Pago a Laboratorio Patológico por lectura de 116 muestras de citologias correspondiente al mes de Enero 2024 en cumplimiento a la cartera de servicios del primer nivel de atención en Salud del Modelo Descentralizado de Salud — 6,960.00

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

CHEQUE No. 00007528 **BALANCE**

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA TESORERA MUNICIPAL

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

INVERSIONES SOLIDARIAS S. de C.V. insa ADMINISTRACION SANTA ROSA DE COPAN

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME
1604 1994 00497
Melissa Yasmin Bucoo

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 04019007083261

INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV
Nombre o Razón Social

		Inscripciones
Ventas-Selectivo	✔	Productores Importadores de Cigarrillos
Importador	✔	Productor Alcoholes Licores
Exportador		Distribuidor Alcoholes Licores
Imprentas		Importador Alcoholes Licores
Prestamista		

Fecha de Emisión 20131025

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20580 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973

Ministro Director

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento DEI-412- 1466769 Transacción: 219F33

inssa

Inversiones Solidarias S.A. de C.V.

R.T.N. 04019007083261
Tel/Fax: 2662-1413, 2662-5861
E-mail: dilciah@inssa.biz
www.inssa.biz
Barrio El Calvario, una cuadra abajo del Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras, C. A.

Día	Mes	Año
30	01	2024

CONDICIONES DE PAGO

Crédito [X] ____ días Contado [ ] en ____

Cliente: Municipalidad de Macuelizo Santa Barbara

R.T.N.: 1613 9011 360075

Dirección:

PATOLOGIA FACTURA 000-001-01- Nº 00024478

Cant.	Descripción	P. / U.	Exento	Gravado
116	Citologia	60.-	6960.-	

CANCELADO

RANGO AUTORIZADO 24 T. 2cop. Az. R. DEL 000-001-01-00023851 AL 000-001-01-00025050 E. 14/10/2023
CAI: 87CA0E-BB66B4-474280-B28B5F-958D5C-D5
Fecha Límite de Emisión: 12/10/2024
Fecha de Recepción: 12/10/2023
Gráficos de Occidente R.T.N. 04019004010909
C. Nº 9231-21-10500-175 Telefax. 2662-0198

Desc. / Rebajas Otorgados L.	—
Importe Exonerado L.	—
Importe Exento L.	6960.-
Importe Gravado 15% L.	—
Importe Gravado 18% L.	—
Sub - Total L.	6960.-
15% I. S. V. L.	—
18% I. S. V. L.	—
TOTAL A PAGAR L.	6960.-

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

No. de Orden de Compra Exenta: ____

No. de Constancia de Registro de Exonerados: ____

No. Registro de la SAG: ____

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS " EXIJALA"

FACTURADO POR

Original Blanco: Cliente; Copia Azul: Obligado Tributario Emisor; Copia Rosada: Archivo

Cant. en Letras: Seis mil novecientos Sesenta

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	04019007083261
Nombre o Razón Social:	INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV
Nombre Comercial:	INSSA
Teléfono:	26621413
Email:	dilciah@inssa.biz
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:EL CALVARIO, CALLE: AVENIDA SOLIDARIDAD, CASA NO.: S/N, MUNICIPIO: SANTA ROSA DE COPAN, DEPARTAMENTO: COPÁN
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: EL CALVARIO, AVENIDA SOLIDARIDAD, No. S/N, MUNICIPIO: SANTA ROSA DE COPAN, DEPARTAMENTO: COPÁN

IMPRENTA

RTN:	04019004010909
Nombre Comercial:	GRAFICOS DE OCCIDENTE S.DE R.L.

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00024478
Fecha de Autorización:	12/10/2023
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	12/10/2024
CAI:	87CA0E-BB66B4-474280-B28B5F-958D5C-D5
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00023851
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00025050

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

INVERSIONES SOLIDARIAS S. A. DE C. V.

insa
Inversiones Solidarias
S.A. de C.V.

R.T.N. 04019007083261
Tel: 2662-1413 / 2662-5861
B° El Calvario, Ave. Solidaridad, Santa Rosa de Copán
Honduras, C. A

Día	Mes	Año
19	03	2024

Lps. 6,960.00

Recibí de: Municipalidad de Macuelizo Santa Barbara

La Cantidad de: Seis mil novecientos Sesenta **Lempiras**

Por Concepto de: Cancelación de factura OCW-001-01-00024479

INVERSIONES SOLIDARIAS, S.A.
CANCELADO

Saldo Anterior	6960	
Abono	6960	
Saldo Actual	—	—

Nº 002319

FIRMA

NO VÁLIDO PARA CRÉDITO FISCAL

Gráficos de Occidente R.T.N. 04019004010909 Telefax. 2662-0198 12 T. 2 Cop. Am. R. 1,801-2,400 E. 06/05/2022

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Honduras, C.A.

Emisión: 15/03/2024
Hora : 10:32 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9241
L.: 4,000.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7449
Fecha de Emision: 15/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7529
Paguese a: DROGUERIA MEDIMAS, S. DE R.L. DE C.V. Id/RTN: 05019007491865
La Cantidad en Letras: CUATRO MIL CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Compra de 1000 Frascos/Vasos colector de muestras BAAR según orden de compra N° 19-2024 para ser distribuidos en los 8 Establecimientos de Salud del Municipio, en seguimiento y cumplimiento al Programa de Tuberculosis y metas según a la cartera de servicios del primer nivel de atención del Modelo Descentralizado de Salud durante el periodo de Marzo a Mayo 2024.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 39560 14-012-01	Materiales y Suministros Odontológicos	4,000.00

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	4,000.00
	Monto Total:	4,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	4,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	4,000.00

Firma y Sello de Presupuesto | Firma y Sello de Alcalde (sa) | Firma y Sello de Tesorería

Salud, Servicio y Mucho Mas..!

PAGADO
Fecha: / /

Recibido por: Osmin Jarel Trochez Hernandez
Identidad No.: 1805-1999-00033

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9GjHF3heeYu/+ohBir6jlKHCAre2sMBCLOGrejYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0lGQ7Y=

Salud
Gobierno de la República

HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Macuelizo, Santa Bárbara

11 de marzo 2024.

Lic. Edenia Romero.
Admón. Del GDSS Macuelizo.
Santa Bárbara.
Su oficina

Reciba un cordial saludo, éxitos y bendiciones de nuestro divino creador son mis sinceros deseos.

Estimada Lcda.
En seguimiento del programa de Tuberculosis y en cumplimiento de metas, para el mes de marzo, dado a que no hay en existencia en nivel regional para abastecimiento en los centros de salud, por medio de la presente le **solicito 1000 frascos para tomas de muestras de BAAR,** y entregar a los E.S. mensual para el trimestre de marzo a mayo 2024.

Sin más

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
SECRETARIA DE SALUD
COORDINADOR MUNICIPAL DE SALUD

Lic. Ever Alexander García Milla.
Coordinador Municipal de salud. Municipal.
Macuelizo, Santa Bárbara.

Drogueria Medimas S de R L

Res El Portal ,Calle 1, Bloque C, No.4
Tel:2565-3151/3197/3212 / 98875694
ventas@medimashn.com

Nro. 11228
Fecha 11/03/2024
Página 1

Estimado

Propuesto a:

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO
Tlf.: Fx: 96689382
BARRIO EL CENTRO FRENTE AL PARQUE
MACUELIZO SANTA BARBARA
Código:13051148

Enviado a:

LIC. EDENIA ROMERO
Tlf.: Fx: 96689382
BARRIO EL CENTRO FRENTE AL PARQUE
MACUELIZO SANTA BARBARA
Reg. Tribut.: 16139011360075

Enviar: Entrega Términos: Credito Vendedor: Referencia:

Código producto	Descripción del producto	Cantidad	Precio Unit. Lps.	Subtotal Lps.
685	COLECTOR FRASCO	1,000.0000	4.0000	4,000.00

COTIZACION VALIDA POR 5 DIAS 1,000.0000 Subtotal 4,000.00

TOTAL Lps. **4,000.00**

DROGUERIA Medi+ Salud, Servicio y Mucho Mas..!

Medi+ Salud, Servicio y Mucho Mas..!
PAGADO
Fecha:____/____/____

SECRETARIA DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 19-2024

Salud
Gobierno de la República

lunes 11 de marzo de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
DROGUERIA MEDIMAS	**ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD**

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
1	1	Vasos para Basciloscopias (Vasos colector)	Unidad	1000	L 4.00	L 4,000.00
					Sub-Total	L 4,000.00
					Impuesto	L -
					Total	L 4,000.00

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR GESTOR
ADMINISTRACION	COORDINACION	ALCALDESA
Licda. Edenia Romero	Lic. Ever Garcia	Licda. Suyapa Jacqueline Trejo

RECIBIDA LA O.C POR PROVEEDOR
Medi+ Salud. Servicio y Mucho Mas..! PAGADO Fecha:
Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION

Nombre del Proveedor: DROGUERIA MEDIMAS
Numero Orden de Compra: 19-2024

DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cant. Según Orden	Cantidad recibida	Diferencia	Observacion
1	Vasos para Basciloscopias (Vasos colector)	Unidad	1000	1000	—	

Osmin Josel Trochez Hernandez
ENTREGADO POR

NOMBRE:

RECIBIDO POR

NOMBRE:

LUGAR Y FECHA: San Pedro Sula, 12 de Marzo 2024

Medi+
Salud, Servicio y Mucho Mas...!
PAGADO
Fecha: ___/___/___

Drogueria Medimas S de R L

Res El Portal ,Calle 1, Bloque C, No.4
Tel:2565-3151/3197/3212 / 98875694
ventas@medimashn.com
CAID54267-254AE6-FF4AA2-2973FE-414370-6F
R.T.N.:05019007491865 Fecha Limite
Emisión16/10/2024

Medi+

FACTURA

000-001-01-00038976

Cliente:	Lugar y fecha de expedición:	Vencimiento:
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO Tlf.: Fx: 96689382 BARRIO EL CENTRO FRENTE AL PARQUE MACUELIZO SANTA BARBARA Reg. Tribut.: 16139011360075 Código clte.: 13051148	San Pedro Sula, Honduras 12 de Marzo 2024	12 de Marzo 2024
	Vendedor: 001	Condiciones: Credito
	Refer.:	Envío: Entrega

Código Producto	Descripción del producto	Cantidad	Precio Unit. Lps.	Desc.	Subtotal Lps.
685	COLECTOR FRASCO	1,000.0000	4.0000		4,000.00

CUATRO MIL LPS. 00/100

IMPORTE EXONERADO	
IMPORTE EXENTO	4,000.00
IMPORTE GRABADO AL 15%	
IMPORTE GRABADO AL 18%	
DESCUENTO	
I.S.V. 15%	
I.S.V. 18%	

No Correlativo de orden de compra exenta
No Correlativo de constancia de registro exonerado
No identificativo del registro de la SAG

DROGUERIA Medi+ Salud, Servicio y Mucho Mas..!

TOTAL Lps. 4,000.00

"La Factura es Beneficio de Todos, Exíjala"
Por cada Cheque Devuelto, se Cobrará un Recargo de L300.00 Más Comisiones Bancarias.
Gracias por Preferirnos.
Emision Autorizada: Del 000-001-01-00038011 al 000-001-01-00042010
Original: Cliente
Copia: Obligado Tributario Emisor

Medi+ Salud, Servicio y Mucho Mas..!
PAGADO
Fecha: ____/____/____

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	05019007491865
Nombre o Razón Social:	DROGUERIA MEDIMAS, S. DE R.L. DE C.V.
Nombre Comercial:	MEDIMAS
Teléfono:	25653151 98875694
Email:	ventas@medimashn.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:RESIDENCIAL EL PORTAL, CASA NO.: 4, BLOQUE: C, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: RESIDENCIAL EL PORTAL, C, No. 4, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00038976
Fecha de Autorización:	16/10/2023
Modalidad:	SFC en Red Fijo
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	16/10/2024
CAI:	D54267-254AE6-FF4AA2-2973FE-414370-6F
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00038011
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00042010

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B
RTN: 16139011360075

Salud
Gobierno de la República

MACUELIZO
SANTA BARBARA

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **COORDINADOR MUNICIPAL** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Vasos para Basciloscopias (Vasos colector)	Unidad	1000	4.00	L 4,000.00
				SUB TOTAL	L. 4,000.00
				15% ISV	L. -
				TOTAL	L. 4,000.00

Nota: Dichos insumos seran manejados bajo cardex en cumplimiento a Lineamientos SESAL

Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 14 Marzo-2024

ENTREGADO POR
NOMBRE: Mery Yaneth Mejía
CARGO: Asist. Admcá.

RECIBIDO POR
NOMBRE: Eva A. Coloa
CARGO: Coordinador

TESTIGO
NOMBRE: Gilliany Reyes Mejía
CARGO: Digitadora

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL REGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-4466

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **DROGUERIA MEDIMAS, S. DE R.L. DE C.V.**
Con Registro Tributario Nacional: **05019007491865**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-4466 en fecha 04/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418355195 de fecha 04/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el periodo 202401, según Declaración 35743423642, presentada el 30/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-4466** o mediante el siguiente código QR:

MUNICIPALIDAD
DE SAN PEDRO SULA

MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA
LICENCIA DE OPERACIÓN DE NEGOCIO

SAN PEDRO SULA

PERMISO No 86487 09/01/2024 **RENOVACIÓN**
DECLARACIÓN No 131280
FECHA EMISION 2024 1 12/01/2024

FECHA VENCIMIENTO **31 de Diciembre del 2024**

Habiendo cumplido con los requisitos establecidos en la Ordenanza Municipal vigente para la emisión de Licencia de Operación De Negocios en el municipio de San Pedro Sula, aprobada en el punto no. 05 del acta no.170, de la sesión ordinaria celebrada por la honorable Corporación Municipal de San Pedro Sula el 19 de diciembre del 2017, se otorga la presente Licencia de Operación a:

DROGUERIA MEDIMAS
DROGUERIA MEDIMAS S DE R L.DE C.V.

UBICADO EN: NOR-OESTE URBANO RESIDENCIAL EL PORTAL CALLE - AVE - LOCAL CATEGORIA C2
RTN o DNI: 05019007491865 EXPEDIENTE 001 SUCURSAL 001 CLAVE CATASTRAL NO023001004
RIC/RMC 1265790
ZONIFICACION ZR4 HORARIO DE ATENCIÓN: Horario no controlado

GIRO COMERCIAL
VENTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS MEDICINALES Y DE HERBORISTE

(*) Es obligación del destinatario de la presente constancia verificar su validez a través de internet en la dirección https://www.sanpedrosula.hn/validador, ingresando el codigo ICSNTI1-MDZF-RDI o mediante el siguiente codigo QR

DIRECCIÓN TECNICA DE INGRESOS
MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA

IMPRIMIÓ: Imejia
FECHA: 12/01/2024 01:15:24 PM

DIRECCIÓN TÉCNICA DE INGRESOS

EXHIBIR ESTE PERMISO EN LUGARES VISIBLES DEL ESTABLECIMIENTO

LA CIUDAD QUE MÁS AVANZA

SAN PEDRO SULA

ARSA

LICENCIA SANITARIA

HN-LEPF-0520-0007

AUTORIZADA PARA:

IMPORTAR., ALMACENAR., DISTRIBUIR., EXPORTAR., VENTA AL POR MAYOR., TRANSPORTAR.

PRODUCTOS:

MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, PRODUCTOS COSMÉTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS

SE AUTORIZA EL TRÁMITE DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA - CAMBIO DE PROFESIONAL RESPONSABLE

NÚMERO DE EXPEDIENTE: **ARSA-0520-L-0007**
TIPO DE ESTABLECIMIENTO: **DROGUERÍA**
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: **DROGUERIA MEDIMAS**
NOMBRE DEL PROPIETARIO: **DROGUERIA MEDIMAS S DE R.L DE C.V.**
DIRECCIÓN: **RESIDENCIAL EL PORTAL BLOQUE C CASA N 4 SAN PEDRO SULA, CORTÉS**
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE (CUANDO APLIQUE): **DR. GERMAN ALFREDO CENTENO BALTAZAR**
FECHA DE EMISIÓN: **4/08/2023**

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO

11/05/2026

Dra. Gabriela Alejandra Bonilla Zepeda
Directora Nacional de la Dirección de Productos Farmacéuticos y Otros Ramos de Interés Sanitario
Mediante Acuerdo de Delegación No. 474-2023

DOCUMENTO EMITIDO: <<FECHA DE VALIDACIÓN>>

ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDOR.

CAMARA DE
COMERCIO E
INDUSTRIAS
DE CORTES

El infrascrito Secretario de la Cámara de Comercio e Industrias de Cortés

CERTIFICA

Que DROGUERIA MEDIMAS, S. DE R.L. DE C.V.

ha sido inscrito bajo el número 12567 del libro de Registro respectivo, como

SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA DE CAPITAL VARIABLE

VALIDO HASTA AÑO 2025

San Pedro Sula, 30 de ENERO del 20 20

Secretario

Complejo de Eventos y Convenciones , Expocentro
Colonia Las Brisas, 22 y 24 calle, entre la 1era y 4ta avenida N.E. pdo. Postal No. 14, S. P. S., Honduras.
Teléfonos PBX: (504) 2561-6100 / Fax: (504) 2566-0344 / www.ccichonduras.org

ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007529

18 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

DROGUERIA MEDIMAS, S. DE R.L. DE C.V. 4,000.00 L
Páguese a la orden de

CUATRO MIL CON CERO CENTAVOS Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100 1150⑆000 1090000 2503⑈00007529

CONCEPTO DEL PAGO	
	mpra de 1000 Frascos/Vasos colector de muestras BAAR según orden de compra Nº 19-2024 para ser distribuidos e Establecimientos de Salud del Municipio, en seguimiento y cumplimiento al Programa de Tuberculosis y metas según a la cartera del primer nivel de atención del Modelo Descentralizado de Salud durante el periodo de Marzo a Mayo 2024.

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	PAGO DE Compra de 1000 Frascos/Vasos colector de muestras BAAR según orden de compra Nº 19-2024 para ser distribuidos en los Establecimientos de Salud del Municipio, en seguimiento y cumplimiento al Programa de Tuberculosis y metas según a la cartera de servicios del primer nivel de atención del Modelo Descentralizado de Salud durante el periodo de Marzo a Mayo 2024.		4,000.00	

Medi+
Salud, Servicio y Mucho Mas..!
PAGADO
Fecha: / /

CHEQUE No. 00007529 BALANCE

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA
TESORERO MUNICIPAL

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

AUTORIZADO POR

1805-1999-00033
Osmin Jurel Trochez
RECIBI CONFORME

2802508 M-0913 33

Medi+

DROGUERIA MEDIMAS S DE RL

Salud, Servicio y Mucho Mas....

Residencial El Portal, contiguo al Centro de Capacitación Técnica
Honduras-Corea • Tel.: 2510-1263 • 2504-4094 • 2565-3212 • 31-97 • 31-51
e-mail: ventas@medimashn.com • San Pedro Sula, Honduras, C. A.
R.T.N. 05019007491865

Nº 007033

Por Lps. 4,000

Recibí de: Municipalidad de Macuelizo

San Pedro Sula, 25 de 03 del 2024

La cantidad de: Cuatro mil con cero centavos Lempiras

Por concepto de: Pago de Factura #38976

No. de Cheque: ✓

Banco:

Efectivo:

Saldo Anterior:

Abono:

Saldo Actual:

Medi+
Salud, Servicio y Mucho Mas...!
PAGADO
Fecha: / /
Firma

Honduras, C.A.

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Emisión: 15/03/2024
Hora : 10:32 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9242
L.: 35,917.55

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7450
Fecha de Emision: 15/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7530
Paguese a: ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINAS SA DE CV Id/RTN: 05019995108892
La Cantidad en Letras: TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS DIECISIETE CON CINCUENTA Y CINCO CENTAVOS

Descripcion:

Compra de Material de Oficina Según Orden de Compra N°20-2024 (42 Partidas) para Equipo Tecnico Coordinador y 8 Establecimientos de Salud del Modelo Descentralizado de Salud en cumplimiento a registros y documentación de informes estadísticos de la Secretaria de Salud.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 39200 14-012-01	Útiles de Escritorio, Oficina y Enseñanza	35,917.55

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	35,917.55
	Monto Total:	35,917.55

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	35,917.55
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	35,917.55

Firma y Sello de Presupuestaria

Firma y Sello de Alcalde

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por: Fabricio Caramo
Identidad No.: 0801199700699

ACOSA
TIENDA CENTRO SPS

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chB8ojKHCAle2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAlOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

15/03/2024 10:32:56 a.m.

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

Solicitud Material de Oficina

Establecimiento de Salud: Macuelizo **Fecha :** 6/2/2024

Codigo: 3328

Nº	Descripcion	Presentacion	Existencia	Solicitado	Aprobado
1	Almohadillas p/sello	Unidad	3	1	
2	Borradores de grafito	Unidad	6	5	
3	Calculadoras	Unidad	0	6	
4	Cartulina de colores	Unidades	10	12	
5	CD para grabar datos	Paquete	0	0	
6	Silicon Liquido	Unidad	1	5	
7	CLIP Grande	Cajita	5	0	
8	Clip Pequeño	Cajita	8	0	
9	Corrector liquido	Unidad	6	24	
10	Fasteners	Cajita	4	4	
11	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	1	
12	Folder Clarito tamaño Oficio	Paquete	0	1	
13	Folder LEYZ	Caja (50 Unid)	0	1	
14	Folder tamaño carta	Retma	1	5	
15	Folder tamaño oficio	Retma	0	5	
16	Ganchos mariposa grande	Unidades	0	24	
17	Ganchos mariposa mediano	Unidades	0	24	
18	Ganchos mariposa pequeño	Unidades	0	24	
19	Glicerina P/CONTAR	Unidad	1	1	
20	Grapadoras	Unidad	0	6	
21	Grapas	Cajita	6	2	
22	Lapiz grafito	Unidad	36	12	
23	Lapiz tinta azul BIC	Unidad	12	24	
24	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	0	48	
25	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	5	24	
26	Libros unicos Grandes	Unidad	0	6	
27	Marcador fino Permanente	Unidad	9	12	
28	Marcador grueso Permanente	Unidad	9	12	
29	Marcador Flourecente	Unidad	6	24	
30	Maskin Tape grueso	Unidad	2	24	
31	Papel bond carta	Retma	1	5	
32	Papel bond LEGAL	Retma	0	6	
33	Papel bond p/rotulos	Unidad	15	30	
34	Papel tapiz	Unidad	0	3	
35	Pega doble	Unidad	0	6	
36	Pegamento Liquido	Unidad	5	0	
37	Pentaflex grande	Paquete	0	4	
38	Perforadoras	Unidad	0	4	
39	Reglas	Unidad	0	6	
40	Sacagrapas	Unidad	5	0	
41	Sacapuntas	Unidad	0	4	
42	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	0	4	
43	Sobre Manila Tamaño Legal	Paquete	0	6	
44	Tableros (carta)	Unidad	0	3	
45	Tijeras	Unidad	2	6	
46	Tinta Canon nº11- Negro - Azul - Rosado - Amarillo	Unidad	0	3 C/UNO	
47	Tinta Impresora Canon pixma G2160 color amarillo	Unidad	2	0	
48	Tinta Impresora Canon pixma G2160 color azul	Unidad	2	0	
49	Tinta Impresora Canon pixma G2160 color Fucsia	Unidad	2	0	
50	Tinta Impresora Canon pixma G2160 color negro	Unidad	2	0	
51	Tinta Para Almohadilla rollon	Unidad	3	2	
52	Tira Plastica para encuadernar 1"	Paquete	0	1	
53	Tira Plastica para encuadernar 1/2"	Paquete	0	1	
54	Tira Plastica para encuadernar 1/8"	Paquete	0	1	
55	Tira Plastica para encuadernar 3/4"	Paquete	0	1	
56	Tira Plastica para encuadernar 5/8"	Paquete	0	1	
57	Tira Plastica para encuadernar 7/8	Paquete	0	1	
58	Trifolio	Unidad	0	5	

Firma y Sello Director Establecimiento de Salud

SECRETARIA DE SALUD REGION DEPTAL No. 16 UMS MACUELIZO SANTA BARBARA

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

Solicitud Material de Oficina

Establecimiento de Salud: Sula/Laboratorio **Fecha :** 5-02-24
Codigo: 3379

Nº	Descripcion	Presentacion	Existencia	Solicitado	Aprobado
1	Almohadillas p/sello	Unidad	1	0	
2	Borradores de grafito	Unidad	0	0	
3	Calculadoras	Unidad	1	0	
4	Cartulina de colores	Unidades	8	0	
5	CD para grabar datos	Paquete	0	0	
6	Silicon Liquido	Unidad	0	1	
7	CLIP Grande	Cajita	0	0	
8	Clip Pequeño	Cajita	0	0	
9	Corrector liquido	Unidad	16	0	
10	Fasteners	Cajita	1	0	
11	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	0	
12	Folder Clarito tamaño Oficio	Paquete	0	0	
13	Folder LEYZ	Caja (50 Unid)	0	0	
14	Folder tamaño carta	Retma	1	0	
15	Folder tamaño oficio	Retma	1	0	
16	Ganchos mariposa grande	Unidades	0	1	
17	Ganchos mariposa mediano	Unidades	0	1	
18	Ganchos mariposa pequeño	Unidades	0	1	
19	Glicerina P/CONTAR	Unidad	0	0	
20	Grapadoras	Unidad	0	1	
21	Grapas	Cajita	0	1	
22	Lapiz grafito	Unidad	30	0	
23	Lapiz tinta azul BIC	Unidad	0	0	
24	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	13	12	
25	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	0	0	
26	Libros unicos Grandes	Unidad	0	2	
27	Marcador fino Permanente	Unidad	10	0	
28	Marcador grueso Permanente	Unidad	1	0	
29	Marcador Flourecente	Unidad	15	0	
30	Maskin Tape grueso /cinta	Unidad	0	1	
31	Papel bond carta	Retma	0	10	
32	Papel bond LEGAL	Retma	1	1	
33	Papel bond p/rotulos	Unidad	0	0	
34	Papel tapiz	Unidad	0	0	
35	Pega doble	Unidad	0	0	
36	Pegamento Liquido	Unidad	0	0	
37	Pentaflex grande	Paquete	0	0	
38	Perforadoras	Unidad	0	0	
39	Reglas	Unidad	2	0	
40	Sacagrapas	Unidad	0	0	
41	Sacapuntas	Unidad	0	3	
42	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	0	0	
43	Sobre Manila Tamaño Legal	Paquete	0	0	
44	Tableros (carta)	Unidad	0	0	
45	Tijeras	Unidad	0	0	
46	Tinta Canon n°	Unidad	0	0	
47	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	1	0	
48	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	1	0	
49	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	1	0	
50	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	2	0	
51	Tinta Para Almohadilla rollon	Unidad	1	0	
52	Tira Plastica para encuadernar 1"	Paquete	0	0	
53	Tira Plastica para encuadernar 1/2"	Paquete	0	0	
54	Tira Plastica para encuadernar 1/8"	Paquete	0	0	
55	Tira Plastica para encuadernar 3/4"	Paquete	0	0	
56	Tira Plastica para encuadernar 5/8"	Paquete	0	0	
57	Tira Plastica para encuadernar 7/8	Paquete	0	0	
58	Trifolio	Unidad	0	0	

Firma y Sello Director Establecimiento de Salud

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

Solicitud Material de Oficina

Establecimiento de Salud: Sula Fecha: 6-2-24
Codigo: 3379

N°	Descripcion	Presentacion	Existencia	Solicitado	Aprobado
1	Almohadillas p/sello	Unidad	3	3	
2	Borradores de grafito	Unidad	0	15	
3	Calculadoras	Unidad	1	3	
4	Cartulina de colores	Unidades	2	20	
5	CD para grabar datos	Paquete	0	0	
6	Silicon Liquido	Unidad	2	3	
7	CLIP Grande	Cajita	5	10	
8	Clip Pequeño	Cajita	15	5	
9	Corrector liquido	Unidad	5	10	
10	Fasteners	Cajita	0	2	
11	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	4	
12	Folder Clarito tamaño Oficio	Paquete	0	3	
13	Folder LEYZ	Caja (50 Unid)			
14	Folder tamaño carta	Retma	2	4	
15	Folder tamaño oficio	Retma	1	3	
16	Ganchos mariposa grande	Unidades	0	0	
17	Ganchos mariposa mediano	Unidades	0	0	
18	Ganchos mariposa pequeño	Unidades	0	0	
19	Glicerina P/CONTAR	Unidad	1	2	
20	Grapadoras	Unidad	0	5	
21	Grapas	Cajita	4	4	
22	Lapiz grafito	Unidad	4	20	
23	Lapiz tinta azul BIC	Unidad	0	30	
24	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	0	50	
25	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	0	50	
26	Libros unicos Grandes	Unidad	0	10	
27	Marcador fino Permanente	Unidad	0	20	
28	Marcador grueso Permanente	Unidad	0	2	
29	Marcador Flourecente	Unidad	3	10	
30	Maskin Tape grueso	Unidad	5	5	
31	Papel bond carta	Retma	0	10	
32	Papel bond LEGAL	Retma	0	5	
33	Papel bond p/rotulos	Unidad	10	20	
34	Papel tapiz	Unidad	0	3	
35	Pega doble	Unidad	1	3	
36	Pegamento Liquido	Unidad	5	0	
37	Pentaflex grande	Paquete	0	0	
38	Perforadoras	Unidad	1	3	
39	Reglas	Unidad	2	10	
40	Sacagrapas	Unidad	0	10	
41	Sacapuntas	Unidad	0	20	
42	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	1	2	
43	Sobre Manila Tamaño Legal	Paquete	1	2	
44	Tableros (carta)	Unidad	2	6	
45	Tijeras	Unidad	0	5	
46	Tinta Canon n°	Unidad	0	0	
47	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	0	
48	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	0	
49	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	0	
50	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	0	
51	Tinta Para Almohadilla rollon	Unidad	0	3	
52	Tira Plastica para encuadernar 1"	Paquete	0	0	
53	Tira Plastica para encuadernar 1/2"	Paquete	0	0	
54	Tira Plastica para encuadernar 1/8"	Paquete	0	0	
55	Tira Plastica para encuadernar 3/4"	Paquete	0	0	
56	Tira Plastica para encuadernar 5/8"	Paquete	0	0	
57	Tira Plastica para encuadernar 7/8	Paquete	0	0	
58	Trifolio	Unidad	0	0	

SECRETARIA DE SALUD U.S. SULA
REGION SANITARIA No. 1 PARQUE SANTA BARBARA HONDURAS

Firma y Sello Director del Establecimiento de Salud

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

Solicitud Material de Oficina

Establecimiento de Salud: Casa Quemada **Fecha:** 05/02/2024
Codigo: 3336

N°	Descripcion	Presentacion	Existencia	Solicitado	Aprobado
1	Almohadillas p/sello	Unidad	2	3	
2	Borradores de grafito	Unidad	19	20	
3	Calculadoras	Unidad	1	3	
4	Cartulina de colores	Unidades	3	10	
5	CD para grabar datos	Paquete	0	0	
6	Silicon Liquido	Unidad	1	3	
7	CLIP Grande	Cajita	6	2	
8	Clip Pequeño	Cajita	12	0	
9	Corrector liquido	Unidad	18	20	
10	Fasteners	Cajita	4	5	
11	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	5	
12	Folder Clarito tamaño Oficio	Paquete	0	15	
13	Folder LEYZ	Caja (50 Unid)	0	50	
14	Folder tamaño carta	Retma	0	100	
15	Folder tamaño oficio	Retma	50	100	
16	Ganchos mariposa grande	Unidades	0	20	
17	Ganchos mariposa mediano	Unidades	0	20	
18	Ganchos mariposa pequeño	Unidades	0	0	
19	Glicerina P/CONTAR	Unidad	0	0	
20	Grapadoras	Unidad	0	5	
21	Grapas	Cajita	3	7	
22	Lapiz grafito	Unidad	13	50	
23	Lapiz tinta azul BIC	Unidad	12	50	
24	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	28	50	
25	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	12	24	
26	Libros unicos Grandes	Unidad	1	3	
27	Marcador fino Permanente	Unidad	3	24	
28	Marcador grueso Permanente	Unidad	8	24	
29	Marcador Flourecente	Unidad	30	20	
30	Maskin Tape grueso	Unidad	0	10	
31	Papel bond carta	Retma	500	100	
32	Papel bond LEGAL	Retma	0	50	
33	Papel bond p/rotulos	Unidad	0	50	
34	Papel tapiz	Unidad	0	30	
35	Pega doble	Unidad	1	5	
36	Pegamento Liquido	Unidad	4	3	
37	Pentaflex grande	Paquete	0	0	
38	Perforadoras	Unidad	0	5	
39	Reglas	Unidad	6	0	
40	Sacagrapas	Unidad	0	5	
41	Sacapuntas	Unidad	0	20	
42	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	4	3	
43	Sobre Manila Tamaño Legal	Paquete	0	10	
44	Tableros (carta)	Unidad	0	10	
45	Tijeras	Unidad	2	5	
46	Tinta Canon n°	Unidad	0	0	
47	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	0	
48	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	0	
49	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	0	
50	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	0	
51	Tinta Para Almohadilla rollon	Unidad	0	0	
52	Tira Plastica para encuadernar 1"	Paquete	0	0	
53	Tira Plastica para encuadernar 1/2"	Paquete	0	0	
54	Tira Plastica para encuadernar 1/8"	Paquete	0	6	
55	Tira Plastica para encuadernar 3/4"	Paquete	0	0	
56	Tira Plastica para encuadernar 5/8"	Paquete	0	0	
57	Tira Plastica para encuadernar 7/8	Paquete	0	0	
58	Trifolio	Unidad	0	0	

Firma y Sello Director Establecimiento de Salud

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

Solicitud Material de Oficina

Establecimiento de Salud: Ciruelo **Fecha:** 8/2/24
Codigo: 3344

N°	Descripcion	Presentacion	Existencia	Solicitado	Aprobado
1	Almohadillas p/sello	Unidad	6	1	
2	Borradores de grafito	Unidad	10	5	
3	Calculadoras	Unidad	2	1	
4	Cartulina de colores	Unidades	12	10	
5	CD para grabar datos	Paquete	0	0	
6	Silicon Liquido	Unidad	3	5	
7	CLIP Grande	Cajita	15	1	
8	Clip Pequeño	Cajita	16	0	
9	Corrector liquido	Unidad	27	6	
10	Fasteners	Cajita	10	2	
11	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	0	
12	Folder Clarito tamaño Oficio	Paquete	0	0	
13	Folder LEYZ	Caja (50 Unid)	0	0	
14	Folder tamaño carta	Retma	3	4	
15	Folder tamaño oficio	Retma	5	1	
16	Ganchos mariposa grande	Unidades	0	0	
17	Ganchos mariposa mediano	Unidades	0	0	
18	Ganchos mariposa pequeño	Unidades	0	0	
19	Glicerina P/CONTAR	Unidad	5	2	
20	Grapadoras	Unidad	1	2	
21	Grapas	Cajita	14	0	
22	Lapiz grafito	Unidad	33	25	
23	Lapiz tinta azul BIC	Unidad	29	10	
24	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	14	60	
25	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	9	15	
26	Libros unicos Grandes	Unidad	2	4	
27	Marcador fino Permanente	Unidad	8	8	
28	Marcador grueso Permanente	Unidad	10	8	
29	Marcador Flourecente	Unidad	26	5	
30	Maskin Tape grueso	Unidad	3	10	
31	Papel bond carta	Retma	6	2	
32	Papel bond LEGAL	Retma	0	3	
33	Papel bond p/rotulos	Unidad	113	0	
34	Papel tapiz	Unidad	0	5	
35	Pega doble	Unidad	1	8	
36	Pegamento Liquido	Unidad	7	2	
37	Pentaflex grande	Paquete	0	2	
38	Perforadoras	Unidad	0	2	
39	Reglas	Unidad	7	3	
40	Sacagrapas	Unidad	5	3	
41	Sacapuntas	Unidad	2	10	
42	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	2	1	
43	Sobre Manila Tamaño Legal	Paquete	1	1	
44	Tableros (carta)	Unidad	8	2	
45	Tijeras	Unidad	3	6	
46	Tinta Canon n°	Unidad	0	0	
47	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	0	
48	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	0	
49	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	0	
50	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	0	
51	Tinta Para Almohadilla rollon	Unidad	2	3	
52	Tira Plastica para encuadernar 1"	Paquete	0	0	
53	Tira Plastica para encuadernar 1/2"	Paquete	0	0	
54	Tira Plastica para encuadernar 1/8"	Paquete	0	0	
55	Tira Plastica para encuadernar 3/4"	Paquete	0	0	
56	Tira Plastica para encuadernar 5/8"	Paquete	0	0	
57	Tira Plastica para encuadernar 7/8	Paquete	0	0	
58	Trifolio	Unidad	2	3	

MINISTERIO DE SALUD REGION SANITARIA No. 16

Firma y Sello Director Establecimiento de Salud

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

Solicitud Material de Oficina

Establecimiento de Salud: Libertad **Fecha:** 07/02/24
Codigo: 3361

N°	Descripcion	Presentacion	Existencia	Solicitado	Aprobado
1	Almohadillas p/sello	Unidad	6	0	
2	Borradores de grafito	Unidad	6	6	
3	Calculadoras	Unidad	3	0	
4	Cartulina de colores	Unidades	12	10	
5	CD para grabar datos	Paquete	0	0	
6	Silicon Liquido	Unidad	3	1	
7	CLIP Grande	Cajita	17	0	
8	Clip Pequeño	Cajita	18	0	
9	Corrector liquido	Unidad	19	12	
10	Fasteners	Cajita	3	2	
11	Folder Clanto tamaño carta	Paquete	0	2	
12	Folder Clanto tamaño Oficio	Paquete	0	2	
13	Folder LEYZ	Caja (50 Unid)	0	1	
14	Folder tamaño carta	Retma	3	2	
15	Folder tamaño oficio	Retma	1	2	
16	Ganchos mariposa grande	Unidades	0	1	
17	Ganchos mariposa mediano	Unidades	0	1	
18	Ganchos mariposa pequeño	Unidades	0	1	
19	Glicerina P/CONTAR	Unidad	2	0	
20	Grapadoras	Unidad	0	2	
21	Grapas	Cajita	5	2	
22	Lapiz grafito	Unidad	36	12	
23	Lapiz tinta azul BIC	Unidad	27	0	
24	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	10	24	
25	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	6	12	
26	Libros unicos Grandes	Unidad	1	2	
27	Marcador fino Permanente	Unidad	0	24	
28	Marcador grueso Permanente	Unidad	8	0	
29	Marcador Flourecente	Unidad	31	0	
30	Maskin Tape grueso	Unidad	1	10	
31	Papel bond carta	Retma	2	2	
32	Papel bond LEGAL	Retma	0	1	
33	Papel bond p/rotulos	Unidad	5	12	
34	Papel tapiz	Unidad	0	1	
35	Pega doble	Unidad	2	2	
36	Pegamento Liquido	Unidad	8	0	
37	Pentaflex grande	Paquete	0	3	
38	Perforadoras	Unidad	0	3	
39	Reglas	Unidad	8	0	
40	Sacagrapas	Unidad	0	3	
41	Sacapuntas	Unidad	5	5	
42	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	0	1	
43	Sobre Manila Tamaño Legal	Paquete	1	0	
44	Tableros (carta)	Unidad	6	0	
45	Tijeras	Unidad	5	0	
46	Tinta Canon n°	Unidad	0	0	
47	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo (1250)	Unidad	0	1	
48	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	1	
49	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia (1250)	Unidad	0	1	
50	Tinta Impresora Epson 544 color negro (1250)	Unidad	0	1	
51	Tinta Para Almohadilla rollon	Unidad	1	0	
52	Tira Plastica para encuadernar 1"	Paquete	0	0	
53	Tira Plastica para encuadernar 1/2"	Paquete	0	0	
54	Tira Plastica para encuadernar 1/8"	Paquete	0	0	
55	Tira Plastica para encuadernar 3/4"	Paquete	0	0	
56	Tira Plastica para encuadernar 5/8"	Paquete	0	0	
57	Tira Plastica para encuadernar 7/8	Paquete	0	0	
58	Trifolio	Unidad	1	5	

Firma y Sello Director Establecimiento de Salud

SECRETARIA DE SALUD U.S. LA LIBERTAD
REGION SANITARIA No. 16 LEMPIRA, HONDURAS

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

Solicitud Material de Oficina

Establecimiento de Salud: Rosario **Fecha:** 07/02/2024
Codigo: 81175

N°	Descripcion	Presentacion	Existencia	Solicitado	Aprobado
1	Almohadillas p/sello	Unidad	3	0	
2	Borradores de grafito	Unidad	4	10	
3	Calculadoras	Unidad	2	5	
4	Cartulina de colores	Unidades	0	20	
5	CD para grabar datos	Paquete	0	0	
6	Silicon Liquido	Unidad	3	4	
7	CLIP Grande	Cajita	10	0	
8	Clip Pequeño	Cajita	15	0	
9	Corrector liquido	Unidad	17	10	
10	Fasteners	Cajita	8	0	
11	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	0	
12	Folder Clarito tamaño Oficio	Paquete	0	0	
13	Folder LEYZ	Caja (50 Unid)	0	0	
14	Folder tamaño carta	Retma	4	3	
15	Folder tamaño oficio	Retma	3	0	
16	Ganchos mariposa grande	Unidades	0	10	
17	Ganchos mariposa mediano	Unidades	0	10	
18	Ganchos mariposa pequeño	Unidades	6	0	
19	Glicerina P/CONTAR	Unidad	2	0	
20	Grapadoras	Unidad	1	5	
21	Grapas	Cajita	10	2	
22	Lapiz grafito	Unidad	20	20	
23	Lapiz tinta azul BIC	Unidad	13	30	
24	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	0	50	
25	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	0	20	
26	Libros unicos Grandes	Unidad	5	2	
27	Marcador fino Permanente	Unidad	0	7	
28	Marcador grueso Permanente	Unidad	3	7	
29	Marcador Flourecente	Unidad	18	0	
30	Maskin Tape grueso	Unidad	0	24	
31	Papel bond carta	Retma	4	2	
32	Papel bond LEGAL	Retma	0	2	
33	Papel bond p/rotulos	Unidad	30	20	
34	Papel tapiz	Unidad	0	2	
35	Pega doble	Unidad	0	5	
36	Pegamento Liquido	Unidad	5	0	
37	Pentaflex grande	Paquete	0	2	
38	Perforadoras	Unidad	1	2	
39	Reglas	Unidad	7	5	
40	Sacagrapas	Unidad	1	2	
41	Sacapuntas	Unidad	6	12	
42	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	1	2	
43	Sobre Manila Tamaño Legal	Paquete	0	1	
44	Tableros (carta)	Unidad	3	3	
45	Tijeras	Unidad	2	6	
46	Tinta Canon n°	Unidad	0		
47	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	1	
48	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	1	
49	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	1	
50	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	1	
51	Tinta Para Almohadilla rollon	Unidad	3	0	
52	Tira Plastica para encuademar 1"	Paquete	0	0	
53	Tira Plastica para encuademar 1/2"	Paquete	0	0	
54	Tira Plastica para encuademar 1/8"	Paquete	0	0	
55	Tira Plastica para encuademar 3/4"	Paquete	0	0	
56	Tira Plastica para encuademar 5/8"	Paquete	0	0	
57	Tira Plastica para encuademar 7/8	Paquete	0	0	
58	Trifolio	Unidad	2	3	

Firma y Sello Director Establecimiento de Salud

SECRETARÍA DE SALUD U.S. EL ROSARIO
REGIÓN SANITARIA No. 18
MACUELIZO, SANTA BÁRBARA, HONDURAS

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

Solicitud Material de Oficina

Establecimiento de Salud: Abundancia **Fecha :** 06/02/24
Codigo: 81167

N°	Descripcion	Presentacion	Existencia	Solicitado	Aprobado
1	Almohadillas p/sello	Unidad	7	3	
2	Borradores de grafito	Unidad	26	0	
3	Calculadoras	Unidad	1	10	
4	Cartulina de colores	Unidades	68	20	
5	CD para grabar datos	Paquete	0	0	
6	Silicon Liquido	Unidad	3	10	
7	CLIP Grande	Cajita	7	3	
8	Clip Pequeño	Cajita	14	0	
9	Corrector liquido	Unidad	20	5	
10	Fasteners	Cajita	12	0	
11	Folder Clanto tamaño carta	Paquete	0	10	
12	Folder Clanto tamaño Oficio	Paquete	0	10	
13	Folder LEYZ	Caja (50 Unid)	0	2	
14	Folder tamaño carta	Retma	5	2	
15	Folder tamaño oficio	Retma	1	5	
16	Ganchos mariposa grande	Unidades	8	8	
17	Ganchos mariposa mediano	Unidades	8	8	
18	Ganchos mariposa pequeño	Unidades	0	0	
[illegible]	licenna P/CONTAR	Unidad	1	5	
[illegible]	Grapadoras	Unidad	3	5	
21	Grapas	Cajita	12	5	
22	Lapiz grafito	Unidad	52	0	
23	Lapiz tinta azul BIC	Unidad	34	0	
24	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	9	40	
25	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	22	10	
26	Libros unicos Grandes	Unidad	1	20	
27	Marcador fino Permanente	Unidad	10	10	
28	Marcador grueso Permanente	Unidad	23	10	
29	Marcador Flourecente	Unidad	31	10	
30	Maskin Tape grueso	Unidad	0	10	
31	Papel bond carta	Retma	10	0	
32	Papel bond LEGAL	Retma	2	5	
33	Papel bond p/rotulos	Unidad	37	20	
34	Papel tapiz	Unidad	0	10	
35	Pega doble	Unidad	0	10	
36	Pegamento Liquido	Unidad	9	3	
37	Pentaflex grande	Paquete			
38	Perforadoras	Unidad	1	3	
39	Reglas	Unidad	10	0	
40	Sacagrapas	Unidad	2	5	
41	Sacapuntas	Unidad	14	0	
42	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	8	5	Unidades
[illegible]	Sobre Manila Tamaño Legal	Paquete	8	5	Unidades
[illegible]	ableros (carta)	Unidad	4	5	
[illegible]	Tijeras	Unidad	4	0	
6	Tinta Canon n°	Unidad	0	0	
7	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	0	
8	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	0	
9	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	0	
[illegible]	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	0	
[illegible]	Tinta Para Almohadilla rollon	Unidad	1	3	
[illegible]	Tira Plastica para encuadernar 1"	Paquete	0	0	
[illegible]	Tira Plastica para encuadernar 1/2"	Paquete	0	0	
[illegible]	Tira Plastica para encuadernar 1/8"	Paquete	0	0	
[illegible]	Tira Plastica para encuadernar 3/4"	Paquete	0	0	
[illegible]	Tira Plastica para encuadernar 5/8"	Paquete	0	0	
[illegible]	Tira Plastica para encuadernar 7/8	Paquete	0	0	
[illegible]	Trifolio	Unidad	3	10	

Firma y Sello Director Establecimiento de Salud

DRA. EVELYN [illegible] MARTINEZ
CIRUJANO MEDICO DE HONDURAS
1003211779

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

Solicitud Material de Oficina

Establecimiento de Salud: Flecha **Fecha:** 07 - 02 - 2024
Codigo: 82619

N°	Descripcion	Presentacion	Existencia	Solicitado	Aprobado
1	Almohadillas p/sello	Unidad	4	0	
2	Borradores de grafito	Unidad	6	5	
3	Calculadoras	Unidad	2	3	
4	Cartulina de colores	Unidades	6	13	
5	CD para grabar datos	Paquete	0	-	
6	Silicon Liquido	Unidad	3	2	
7	CLIP Grande	Cajita	7	0	
8	Clip Pequeño	Cajita	13	0	
9	Corrector liquido	Unidad	14	10	
10	Fasteners	Cajita	11	0	
11	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	0	
12	Folder Clarito tamaño Oficio	Paquete	0	0	
13	Folder LEYZ	Caja (50 Unid)	0	0	
14	Folder tamaño carta	Retma	2	5	
15	Folder tamaño oficio	Retma	2	5	
16	Ganchos mariposa grande	Unidades	0	-	
17	Ganchos mariposa mediano	Unidades	0	-	
18	Ganchos mariposa pequeño	Unidades	0	-	
19	Glicerina P/CONTAR	Unidad	7	0	
20	Grapadoras	Unidad	1		
21	Grapas	Cajita	4	5	
22	Lapiz grafito	Unidad	17	30	
23	Lapiz tinta azul BIC	Unidad	24	20	
24	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	22	30	
25	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	7	18	
26	Libros unicos Grandes	Unidad	1	5	
27	Marcador fino Permanente	Unidad	5	10	
28	Marcador grueso Permanente	Unidad	4	10	
29	Marcador Flourecente	Unidad	19	0	
30	Maskin Tape grueso	Unidad	0	20	
31	Papel bond carta	Retma	4	2	
32	Papel bond LEGAL	Retma	0	5	
33	Papel bond p/rotulos	Unidad	10	10	
34	Papel tapiz	Unidad	0		
35	Pega doble	Unidad	0	5	
36	Pegamento Liquido	Unidad	7	0	
37	Pentaflex grande	Paquete	0	0	
38	Perforadoras	Unidad	1	1	
39	Reglas	Unidad	11	0	
40	Sacagrapas	Unidad	3	0	
41	Sacapuntas	Unidad	2	10	
42	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	1	2	
43	Sobre Manila Tamaño Legal	Paquete	1	2	
44	Tableros (carta)	Unidad	1	5	
45	Tijeras	Unidad	5	0	
46	Tinta Canon n°	Unidad	-	-	
47	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	-	-	
48	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	-	-	
49	Tinta Impresora Epson 664 color Fucsia	Unidad	-	-	
50	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	-	-	
51	Tinta Para Almohadilla rollon	Unidad	2	-	
52	Tira Plastica para encuadernar 1"	Paquete	-	-	
53	Tira Plastica para encuadernar 1/2"	Paquete	-	-	
54	Tira Plastica para encuadernar 1/8"	Paquete	-	-	
55	Tira Plastica para encuadernar 3/4"	Paquete	-	-	
56	Tira Plastica para encuadernar 5/8"	Paquete	-	-	
57	Tira Plastica para encuadernar 7/8	Paquete	-	-	
58	Trifolio	Unidad	-	-	

Firma y Sello Director Establecimiento de Salud

ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINAS ACOSA

Cotizacion#100479208

CODIGO: CECONCC6000
NOMBRE: ALCALDIA MUNICIOAL DE MACUELIZO
RTN:

FECHA: 14/03/2024 09:14
VENDEDOR: DENIA ENAMORADO

IMAGEN	ARTICULO	BARRA	DESCRIPCION	CANT	PRECIO	ISV	SUBTOTAL
	A39863	7501449717380	ALMOHADILLA P/SELLO NEGRO #1 STAFFORD	10	L.22.61	L.33.91	L.226.10
	A48402	7427230013557	BOLIGRAFO GENIAL NEGRO MAX 1.0	250	L.1.60	L.0.00	L.400.00
	A48404	7427230013571	BOLIGRAFO GENIAL ROJO MAX 1.0	94	L.1.60	L.0.00	L.150.40
	A47448	7427230011225	BORRADOR GENIAL BLANCO GRANDE	50	L.2.28	L.0.00	L.114.00
	A43735	4971850032199	CALCULADORA CASIO ESCRIT 12DIG MX-12B NEGRO	14	L.128.09	L.268.99	L.1,793.26
	A43312	11008642	CARTULINA IRIS SURT 50X65CM	90	L.5.22	L.70.47	L.469.80
	A47954	7427230011676	CLIPS JUMBO GENIAL 100 UND 50MM	12	L.11.83	L.21.29	L.141.96
	A47955	7427230011683	CLIPS STANDARD GENIAL 100 UND 33MM	5	L.4.96	L.3.72	L.24.80
	A57157	7427230020357	CORRECTOR GENIAL LAPIZ 8ML	77	L.5.91	L.68.26	L.455.07
	A54257	7450009184677	COVER REPORT T/C PQT10 COSTILLA TRANS MERLETTO	10	L.66.78	L.100.17	L.667.80

IMAGEN	ARTICULO	BARRA	DESCRIPCION	CANT	PRECIO	ISV	SUBTOTAL
	A51666	7427230018675	CUADERNO UNICO LARGO 400 PAG GENIAL	27	L.72.00	L.0.00	L.1,944.00
	A47956	7427230011690	FASTENER 8CM METAL 50UND GENIAL	15	L.23.48	L.52.83	L.352.20
	A3546	7501428709269	GLICERINA AZOR 42G (1.5 OZ) CUENTA FACIL 30165	15	L.20.00	L.45.00	L.300.00
	A47957	7427230011706	GRAPA STANDARD 26/6 GENIAL 5000	26	L.13.13	L.51.21	L.341.38
	A47959	7427230011720	GRAPADORA GENIAL CE-5 MEDIA TIRA 20HJS	15	L.33.57	L.75.53	L.503.55
	A48238	7427230012192	LAPIZ GRAFITO #2 HB GENIAL MAX	174	L.1.80	L.0.00	L.313.20
	A4734	071641150010	MARCADOR PERMAN KING SIZE NEGRO	40	L.29.57	L.177.42	L.1,182.80
	A4743	071641300019	MARCADOR PERMAN SHARPIE NEGRO FINO	74	L.19.13	L.212.34	L.1,415.62
	A49201	7427230025161	MASKING TAPE 2 X30 YD GENIAL	159	L.19.13	L.456.25	L.3,041.67
	A34137	7891173024480	PAPEL BOND LEGAL B20 8.5X14" HEWLETT PACKARD	39	L.164.35	L.961.45	L.6,409.65
	A5978	7891173055804	PAPEL BOND ROTAFOLIO B20 22X34" BLANCO	130	L.3.04	L.59.28	L.395.20
	A51413	7427230017586	PAPEL TAPIZ DISEÑO COCINA 45CMX20M GENIAL	7	L.183.39	L.192.56	L.1,283.73
	A47948	7427230011508	PEGAMENTO BLANCO 240GR (8.5 OZ) GENIAL	8	L.14.52	L.17.42	L.116.16

IMAGEN	ARTICULO	BARRA	DESCRIPCION	CANT	PRECIO	ISV	SUBTOTAL
	A6202	7441046301103	PENDAFLEX AMPOFLEX T/OFICIO 25 UND	3	L.180.00	L.81.00	L.540.00
	A51418	7427230018002	PERFORADORA GENIAL CP-30 8CM 30HJS	15	L.81.13	L.182.54	L.1,216.95
	A51381	7427230017357	REGLA ALUMINIO 30CM GENIAL	32	L.13.00	L.0.00	L.416.00
	A47149	7427230011553	RESALTADOR AMARILLO GENIAL	47	L.5.83	L.41.10	L.274.01
	A61976	6921734902313	SACA GRAPAS DELI	28	L.10.78	L.45.28	L.301.84
	A47449	7427230011607	SACAPUNTA GENIAL METAL TIPO HACHA	67	L.2.30	L.0.00	L.154.10
	A47454	7427230012130	SILICONA LIQUIDA 500ML GENIAL	22	L.79.57	L.262.59	L.1,750.54
	A7356	7501523719583	SOBRE MANILA 9X12 PQT10 ENGOMADO	2	L.14.78	L.4.43	L.29.56
	A7420	7441046321507	TABLERO T/CARTA AMPO	9	L.30.43	L.41.08	L.273.87
	A12797	7450007030891	TAPE DOBLE CARA 24MMX2.5M MERLETTO	29	L.19.48	L.84.74	L.564.92
	A63395	6935205383693	TIJERA 9" DELI SURT	15	L.34.78	L.78.25	L.521.70
	A62465	013803330953	TINTA CANON GI-11 CYAN 70ML G2160/G3160	2	L.255.65	L.76.69	L.511.30
	A62464	013803330977	TINTA CANON GI-11 MAG 70ML G2160/G3160	1	L.255.65	L.38.35	L.255.65

IMAGEN	ARTICULO	BARRA	DESCRIPCION	CANT	PRECIO	ISV	SUBTOTAL
	A62462	013803330915	TINTA CANON GI-11 NEG 135ML G2160/G3160	2	L.280.00	L.84.00	L.560.00
	A62463	013803330991	TINTA CANON GI-11 YELL 70ML G2160/G3160	2	L.255.65	L.76.70	L.511.30
	A52430	010343941984	TINTA EPS T544 CYAN 65ML P/L1110, L3110, L3150, L5190	2	L.196.00	L.58.80	L.392.00
	A52431	010343941991	TINTA EPS T544 MAGENTA 65ML P/L1110, L3110, L3150, L5190	2	L.196.00	L.58.80	L.392.00
	A52429	010343941977	TINTA EPS T544 NEGRO 65ML P/L1110, L3110, L3150, L5190	3	L.196.00	L.88.19	L.588.00
	A52432	010343942004	TINTA EPS T544 YELLOW 65ML P/L1110, L3110, L3150, L5190	2	L.196.00	L.58.80	L.392.00

COMENTARIOS

SUBT: L.31,688.09
ISV: L.4,229.46
TOTAL: L.35,917.55

ACOSA
TIENDA CENTRO SPS

Fabricio Canaimo

SECRETARIA DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 20-2024

miércoles 13 de marzo de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
ACOSA	Alcaldia Municipal de Macuelizo / Modelo Descentralizado de Salud Macuelizo

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
1	1	Almohadillas p/sello	Unidad	10	L 22.61	L 226.10
2	2	Borradores de grafito	Unidad	50	L 2.28	L 114.00
3	3	Calculadoras	Unidad	14	L 128.09	L 1,793.26
4	4	Cartulina de colores	Unidades	90	L 5.22	L 469.80
5	5	Silicon Liquido	Unidad	22	L 79.57	L 1,750.54
6	6	CLIP Grande	Cajita	12	L 11.83	L 141.96
7	7	Clip Pequeño	Cajita	5	L 4.96	L 24.80
8	8	Corrector liquido	Unidad	77	L 5.91	L 455.07
9	9	Fasteners	Cajita	15	L 23.48	L 352.20
10	10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	10	L 66.78	L 667.80
11	11	Glicerina P/CONTAR	Unidad	15	L 20.00	L 300.00
12	12	Grapadoras	Unidad	15	L 33.57	L 503.55
13	13	Grapas	Cajita	26	L 13.13	L 341.38
14	14	Lapiz grafito	Unidad	174	L 1.80	L 313.20
15	15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	250	L 1.60	L 400.00
16	16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	94	L 1.60	L 150.40
17	17	Libros unicos Grandes	Unidad	27	L 72.00	L 1,944.00
18	18	Marcador fino Permanente	Unidad	74	L 19.13	L 1,415.62
19	19	Marcador grueso Permanente	Unidad	40	L 29.57	L 1,182.80
20	20	Marcador Flourecente	Unidad	47	L 5.83	L 274.01
21	21	Maskin Tape grueso	Unidad	159	L 19.13	L 3,041.67
22	22	Papel bond LEGAL	Retma	39	L 164.35	L 6,409.65
23	23	Papel bond p/rotulos	Unidad	130	L 3.04	L 395.20
24	24	Papel tapiz	Unidad	7	L 183.39	L 1,283.73
25	25	Pega doble	Unidad	29	L 19.48	L 564.92
26	26	Pegamento Liquido	Unidad	8	L 14.52	L 116.16
27	27	Pentaflex grande	Paquete	3	L 180.00	L 540.00
28	28	Perforadoras	Unidad	15	L 81.13	L 1,216.95
29	29	Reglas	Unidad	32	L 13.00	L 416.00
30	30	Sacagrapas	Unidad	28	L 10.78	L 301.84
31	31	Sacapuntas	Unidad	67	L 2.30	L 154.10
32	32	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	2	L 14.78	L 29.56
33	33	Tableros (carta)	Unidad	9	L 30.43	L 273.87
34	34	Tijeras	Unidad	15	L 34.78	L 521.70

SECRETARIA DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 20-2024

Salud
Gobierno de la República

miércoles 13 de marzo de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
ACOSA	**Alcaldia Municipal de Macuelizo / Modelo Descentralizado de Salud Macuelizo**

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
35	35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	2	L 196.00	L 392.00
36	36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	2	L 196.00	L 392.00
37	37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	2	L 196.00	L 392.00
38	38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	3	L 196.00	L 588.00
39	39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	2	L 280.00	L 560.00
40	40	Tinta Canon 11 M Azul	Paquete	2	L 255.65	L 511.30
41	41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Unidad	1	L 255.65	L 255.65
42	42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	2	L 255.65	L 511.30
					Sub-Total	**L 31,688.09**
					Impuesto	**L 4,229.46**
					Total	**L 35,917.55**

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR GESTO
ADMINISTRACION	**COORDINACION**	**ALCALDESA**
Licda. Edonia Romero	**Lic. Ever Garcia**	**Licda. Suyapa Jacqueline Trejo**

RECIBIDA LA O.C POR PROVEEDOR

ACOSA
TIENDA CENTRO S.P.S
RTN 05-01-[illegible]

Fabricio Canaimo

Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION

Nombre del Proveedor: ACOSA
Numero Orden de Compra: 20-2024

DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cant. Según Orden	Cantidad recibida	Diferencia	Observacion
1	Almohadillas p/sello	Unidad	10	10		
2	Borradores de grafito	Unidad	50	50		
3	Calculadoras	Unidad	14	14		
4	Cartulina de colores	Unidades	90	90		
5	Silicon Liquido	Unidad	22	22		
6	CLIP Grande	Cajita	12	12		
7	Clip Pequeño	Cajita	5	5		
8	Corrector liquido	Unidad	77	77		
9	Fasteners	Cajita	15	15		
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	10	10		
11	Glicerina P/CONTAR	Unidad	15	15		
12	Grapadoras	Unidad	15	15		
13	Grapas	Cajita	26	26		
14	Lapiz grafito	Unidad	174	174		
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	250	250		
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	94	94		
17	Libros unicos Grandes	Unidad	27	27		
18	Marcador fino Permanente	Unidad	74	74		
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	40	40		
20	Marcador Flourecente	Unidad	47	47		
21	Maskin Tape grueso	Unidad	159	159		
22	Papel bond LEGAL	Retma	39	39		
23	Papel bond p/rotulos	Unidad	130	130		
24	Papel tapiz	Unidad	7	7		
25	Pega doble	Unidad	29	29		
26	Pegamento Liquido	Unidad	8	8		

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION

Nombre del Proveedor: ACOSA
Numero Orden de Compra: 20-2024

DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cant. Según Orden	Cantidad recibida	Diferencia	Observacion
27	Pentaflex grande	Paquete	3	3		
28	Perforadoras	Unidad	15	15		
29	Reglas	Unidad	32	32		
30	Sacagrapas	Unidad	28	28		
31	Sacapuntas	Unidad	67	67		
32	Sobre Manila Tamaño carta	Paquete	2	2		
33	Tableros (carta)	Unidad	9	9		
34	Tijeras	Unidad	15	15		
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	2	2		
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	2	2		
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	2	2		
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	3	3		
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	2	2		
40	Tinta Canon 11 M Azul	Paquete	2	2		
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Unidad	1	1		
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	2	2.		

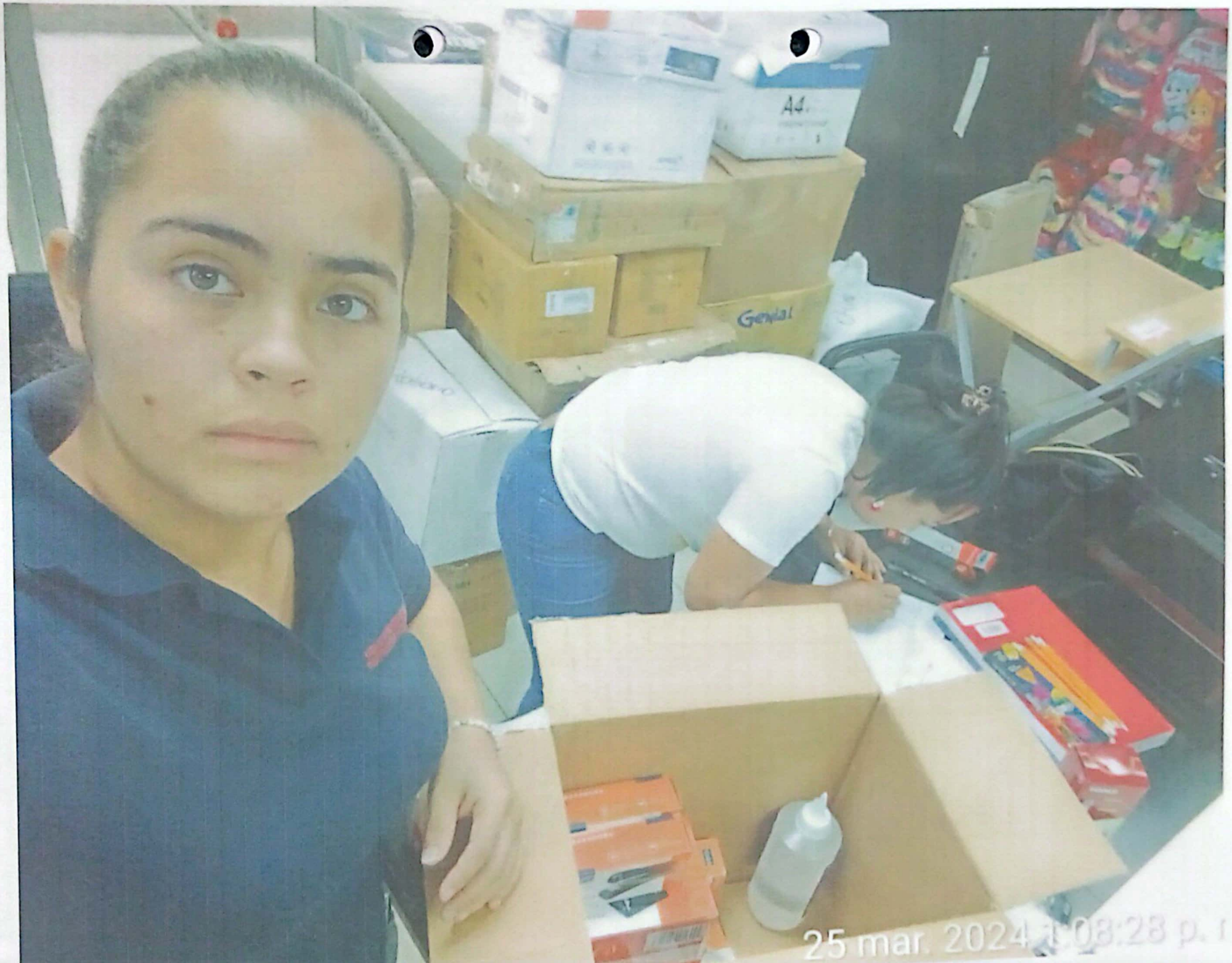
Fabricio ACOSA
ENTREGADO POR

NOMBRE:

RECIBIDO POR

NOMBRE: Henry Yancth Mejia

LUGAR Y FECHA: S.P.S. 25-03-24.



SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS MACUELIZO** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Almohadillas p/sello	Unidad	1	L 22.61	L 22.61
2	Borradores de grafito	Unidad	5	L 2.28	L 11.40
3	Calculadoras	Unidad	2	L 128.09	L 256.18
4	Cartulina de colores	Unidades	10	L 5.22	L 52.20
5	Silicon Liquido	Unidad	2	L 79.57	L 159.14
6	CLIP Grande	Cajita	0	L 11.83	L -
7	Clip Pequeño	Cajita	0	L 4.96	L -
8	Corrector liquido	Unidad	15	L 5.91	L 88.65
9	Fasteners	Cajita	4	L 23.48	L 93.92
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	L 66.78	L -
11	Glicerina P/CONTAR	Paquete	1	L 20.00	L 20.00
12	Grapadoras	Unidad	2	L 33.57	L 67.14
13	Grapas	Unidad	2	L 13.13	L 26.26
14	Lapiz grafito	Cajita	12	L 1.80	L 21.60
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	0	L 1.60	L -
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	12	L 1.60	L 19.20
17	Libros unicos Grandes	Unidad	3	L 72.00	L 216.00
18	Marcador fino Permanente	Unidad	10	L 19.13	L 191.30
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	5	L 29.57	L 147.85
20	Marcador Flourecente	Unidad	15	L 5.83	L 87.45
21	Maskin Tape grueso	Unidad	24	L 19.13	L 459.12
22	Papel bond LEGAL	Unidad	1	L 164.35	L 164.35
23	Papel bond p/rotulos	Retma	30	L 3.04	L 91.20
24	Papel tapiz	Unidad	1	L 183.39	L 183.39
25	Pega doble	Unidad	3	L 19.48	L 58.44
26	Pegamento Liquido	Unidad	0	L 14.52	L -
27	Pentaflex grande	Unidad	1	L 180.00	L 180.00
28	Perforadoras	Paquete	2	L 81.13	L 162.26
29	Reglas	Unidad	6	L 13.00	L 78.00
30	Sacagrapas	Unidad	0	L 10.78	L -
31	Sacapuntas	Unidad	4	L 2.30	L 9.20
32	Sobre Manila Tamaño carta	Unidad	0	L 14.78	L -
33	Tableros (carta)	Paquete	3	L 30.43	L 91.29
34	Tijeras	Unidad	5	L 34.78	L 173.90
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	L 196.00	L -
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	L 196.00	L -
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	L 196.00	L -
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	L 196.00	L -
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	1	L 280.00	L 280.00
40	Tinta Canon 11 M Azul	Unidad	1	L 255.65	L 255.65
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Paquete	1	L 255.65	L 255.65
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	1	L 255.65	L 255.65
				Sub-Total	**L 4,179.00**
				ISV	**L 573.54**
				TOTAL	**L 4,752.54**

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 01/04/24

ENTREGADO POR
NOMBRE: Mersy Mejía
CARGO: Asist. Administración

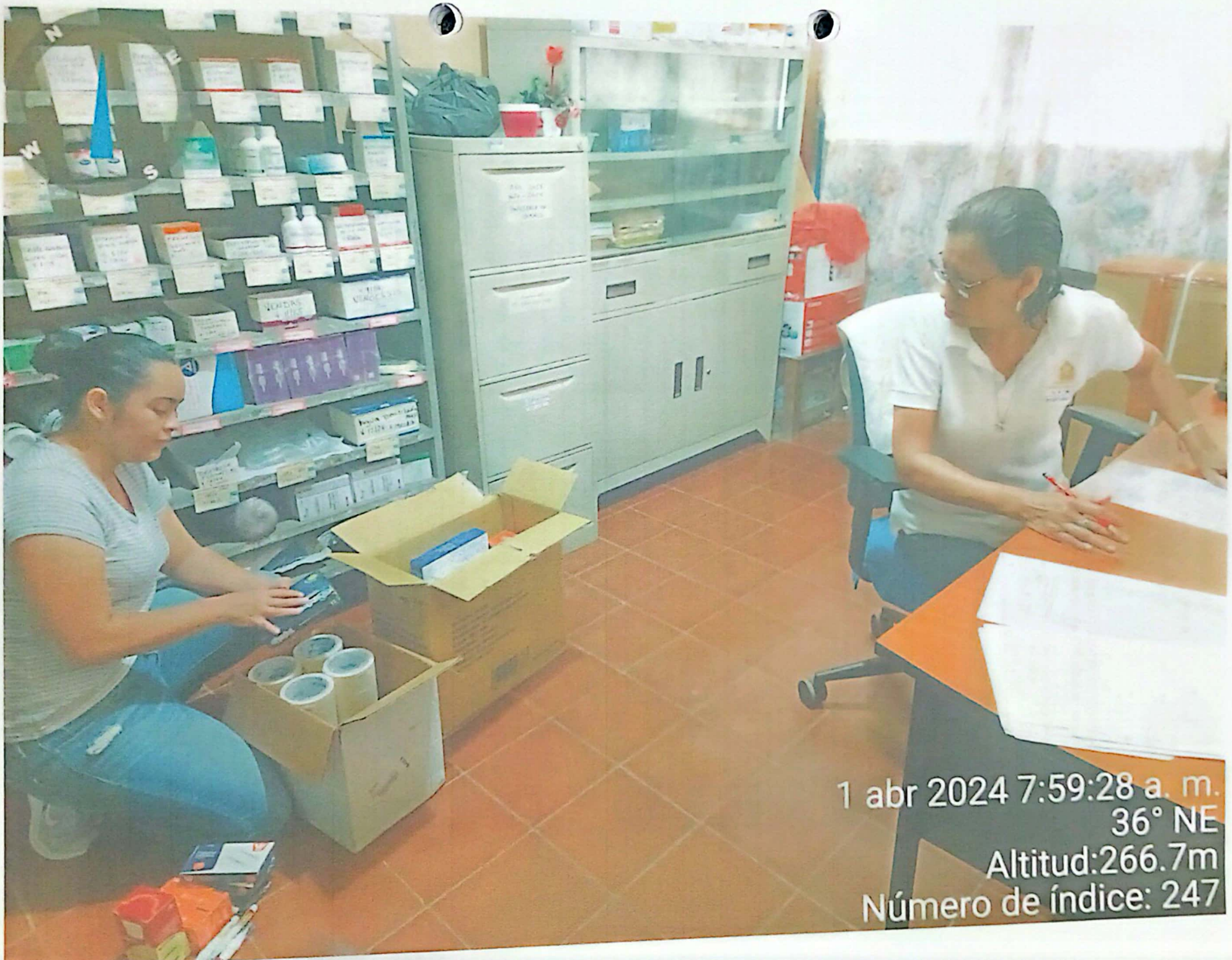
RECIBIDO POR
NOMBRE: Ala Alejandrina Mejía
U. S.: Macuelizo

TESTIGO
NOMBRE: German Lopez
CARGO: Motorista

MODELO DESCENTRALIZO DE SALUD MACUELIZO SANTA BARBARA

SECRETARIA DE SALUD REGION DEPTAL No. 15 UAPS MACUELIZO SANTA BARBARA

HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de CIS SULA** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Almohadillas p/sello	Unidad	2	L 22.61	L 45.22
2	Borradores de grafito	Unidad	10	L 2.28	L 22.80
3	Calculadoras	Unidad	2	L 128.09	L 256.18
4	Cartulina de colores	Unidades	15	L 5.22	L 78.30
5	Silicon Liquido	Unidad	3	L 79.57	L 238.71
6	CLIP Grande	Cajita	5	L 11.83	L 59.15
7	Clip Pequeño	Cajita	5	L 4.96	L 24.80
8	Corrector liquido	Unidad	10	L 5.91	L 59.10
9	Fasteners	Cajita	2	L 23.48	L 46.96
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	L 66.78	L -
11	Glicerina P/CONTAR	Paquete	2	L 20.00	L 40.00
12	Grapadoras	Unidad	2	L 33.57	L 67.14
13	Grapas	Unidad	4	L 13.13	L 52.52
14	Lapiz grafito	Cajita	20	L 1.80	L 36.00
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	0	L 1.60	L -
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	12	L 1.60	L 19.20
17	Libros unicos Grandes	Unidad	5	L 72.00	L 360.00
18	Marcador fino Permanente	Unidad	12	L 19.13	L 229.56
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	5	L 29.57	L 147.85
20	Marcador Flourecente	Unidad	10	L 5.83	L 58.30
21	Maskin Tape grueso	Unidad	20	L 19.13	L 382.60
22	Papel bond LEGAL	Unidad	1	L 164.35	L 164.35
23	Papel bond p/rotulos	Retma	20	L 3.04	L 60.80
24	Papel tapiz	Unidad	1	L 183.39	L 183.39
25	Pega doble	Unidad	3	L 19.48	L 58.44
26	Pegamento Liquido	Unidad	0	L 14.52	L -
27	Pentaflex grande	Unidad	0	L 180.00	L -
28	Perforadoras	Paquete	2	L 81.13	L 162.26
29	Reglas	Unidad	10	L 13.00	L 130.00
30	Sacagrapas	Unidad	5	L 10.78	L 53.90
31	Sacapuntas	Unidad	10	L 2.30	L 23.00
32	Sobre Manila Tamaño carta	Unidad	0	L 14.78	L -
33	Tableros (carta)	Paquete	3	L 30.43	L 91.29
34	Tijeras	Unidad	5	L 34.78	L 173.90
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	L 196.00	L -
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	L 196.00	L -
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	L 196.00	L -
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	L 196.00	L -
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	0	L 280.00	L -
40	Tinta Canon 11 M Azul	Unidad	0	L 255.65	L -
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Paquete	0	L 255.65	L -
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	0	L 255.65	L -
				Sub-Total	**L 3,325.72**
				ISV	**L 410.21**
				TOTAL	**L 3,735.93**

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26-03-24

ENTREGADO POR
NOMBRE: Meisy Yoseth Mejía
CARGO: Asist. Admón.

RECIBIDO POR
NOMBRE: Wendy Torres
CARGO:

TESTIGO
NOMBRE: German Lopez
CARGO: Motorista

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD MACUELIZO SANTA BARBARA

SECRETARIA DE SALUD REGION SANITARIA No. 18 MACUELIZO SANTA BARBARA HONDURAS

HONDURAS

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se HACE CONSTAR QUE: La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a Encargada de Farmacia de UAPS CASA QUEMADA lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Almohadillas p/sello	Unidad	2	L 22.61	L 45.22
2	Borradores de grafito	Unidad	10	L 2.28	L 22.80
3	Calculadoras	Unidad	2	L 128.09	L 256.18
4	Cartulina de colores	Unidades	10	L 5.22	L 52.20
5	Silicon Liquido	Unidad	3	L 79.57	L 238.71
6	CLIP Grande	Cajita	2	L 11.83	L 23.66
7	Clip Pequeño	Cajita	0	L 4.96	L -
8	Corrector liquido	Unidad	15	L 5.91	L 88.65
9	Fasteners	Cajita	5	L 23.48	L 117.40
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	L 66.78	L -
11	Glicerina P/CONTAR	Paquete	0	L 20.00	L -
12	Grapadoras	Unidad	2	L 33.57	L 67.14
13	Grapas	Unidad	2	L 13.13	L 26.26
14	Lapiz grafito	Cajita	24	L 1.80	L 43.20
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	0	L 1.60	L -
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	12	L 1.60	L 19.20
17	Libros unicos Grandes	Unidad	3	L 72.00	L 216.00
18	Marcador fino Permanente	Unidad	12	L 19.13	L 229.56
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	5	L 29.57	L 147.85
20	Marcador Flourecente	Unidad	12	L 5.83	L 69.96
21	Maskin Tape grueso	Unidad	10	L 19.13	L 191.30
22	Papel bond LEGAL	Unidad	1	L 164.35	L 164.35
23	Papel bond p/rotulos	Retma	30	L 3.04	L 91.20
24	Papel tapiz	Unidad	1	L 183.39	L 183.39
25	Pega doble	Unidad	3	L 19.48	L 58.44
26	Pegamento Liquido	Unidad	2	L 14.52	L 29.04
27	Pentaflex grande	Unidad	0	L 180.00	L -
28	Perforadoras	Paquete	2	L 81.13	L 162.26
29	Reglas	Unidad	0	L 13.00	L -
30	Sacagrapas	Unidad	5	L 10.78	L 53.90
31	Sacapuntas	Unidad	10	L 2.30	L 23.00
32	Sobre Manila Tamaño carta	Unidad	0	L 14.78	L -
33	Tableros (carta)	Paquete	3	L 30.43	L 91.29
34	Tijeras	Unidad	5	L 34.78	L 173.90
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	L 196.00	L -
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	L 196.00	L -
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	L 196.00	L -
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	L 196.00	L -
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	0	L 280.00	L -
40	Tinta Canon 11 M Azul	Unidad	0	L 255.65	L -
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Paquete	0	L 255.65	L -
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	0	L 255.65	L -
				Sub-Total	L 2,886.06
				ISV	L 384.28
				TOTAL	L 3,270.34

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 27/03/24

ENTREGADO POR
NOMBRE: Mersy Mejía.
CARGO: Asist. Administración

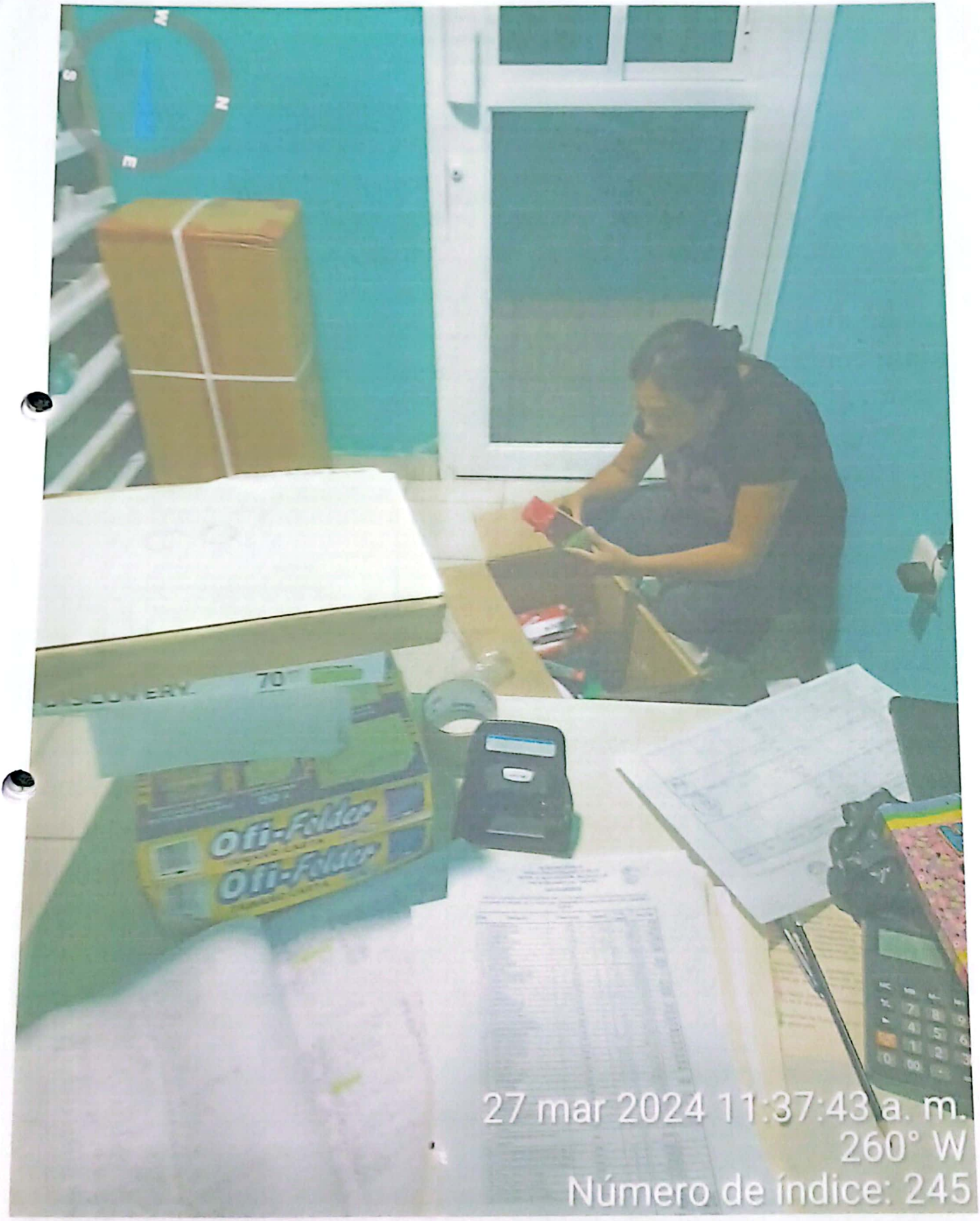
RECIBIDO POR
NOMBRE: Nancy valeri o
U. S.: casa Quemada

TESTIGO
NOMBRE: Luis Miranda
CARGO: Promotor

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD MACUELIZO SANTA BARBARA

SECRETARIA DE SALUD U.S. CASA QUEMADA REGION SANITARIA No. 5 MACUELIZO, SANTA BARBARA

HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS CIRUELO** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Almohadillas p/sello	Unidad	1	L 22.61	L 22.61
2	Borradores de grafito	Unidad	5	L 2.28	L 11.40
3	Calculadoras	Unidad	1	L 128.09	L 128.09
4	Cartulina de colores	Unidades	10	L 5.22	L 52.20
5	Silicon Liquido	Unidad	3	L 79.57	L 238.71
6	CLIP Grande	Cajita	1	L 11.83	L 11.83
7	Clip Pequeño	Cajita	0	L 4.96	L -
8	Corrector liquido	Unidad	6	L 5.91	L 35.46
9	Fasteners	Cajita	2	L 23.48	L 46.96
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	L 66.78	L -
11	Glicerina P/CONTAR	Paquete	2	L 20.00	L 40.00
12	Grapadoras	Unidad	2	L 33.57	L 67.14
13	Grapas	Unidad	0	L 13.13	L -
14	Lapiz grafito	Cajita	24	L 1.80	L 43.20
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	60	L 1.60	L 96.00
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	12	L 1.60	L 19.20
17	Libros unicos Grandes	Unidad	3	L 72.00	L 216.00
18	Marcador fino Permanente	Unidad	8	L 19.13	L 153.04
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	5	L 29.57	L 147.85
20	Marcador Flourecente	Unidad	5	L 5.83	L 29.15
21	Maskin Tape grueso	Unidad	10	L 19.13	L 191.30
22	Papel bond LEGAL	Unidad	1	L 164.35	L 164.35
23	Papel bond p/rotulos	Resma	0	L 3.04	L -
24	Papel tapiz	Unidad	1	L 183.39	L 183.39
25	Pega doble	Unidad	3	L 19.48	L 58.44
26	Pegamento Liquido	Unidad	2	L 14.52	L 29.04
27	Pentaflex grande	Unidad	1	L 180.00	L 180.00
28	Perforadoras	Paquete	2	L 81.13	L 162.26
29	Reglas	Unidad	3	L 13.00	L 39.00
30	Sacagrapas	Unidad	3	L 10.78	L 32.34
31	Sacapuntas	Unidad	10	L 2.30	L 23.00
32	Sobre Manila Tamaño carta	Unidad	0	L 14.78	L -
33	Tableros (carta)	Paquete	0	L 30.43	L -
34	Tijeras	Unidad	0	L 34.78	L -
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	L 196.00	L -
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	L 196.00	L -
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	L 196.00	L -
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	L 196.00	L -
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	0	L 280.00	L -
40	Tinta Canon 11 M Azul	Unidad	0	L 255.65	L -
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Paquete	0	L 255.65	L -
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	0	L 255.65	L -
				Sub-Total	L 2,421.96
				ISV	L 296.12
				TOTAL	L 2,718.08

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26/3/24

ENTREGADO POR
NOMBRE: Nersy Mejia
CARGO: Asist. Administración

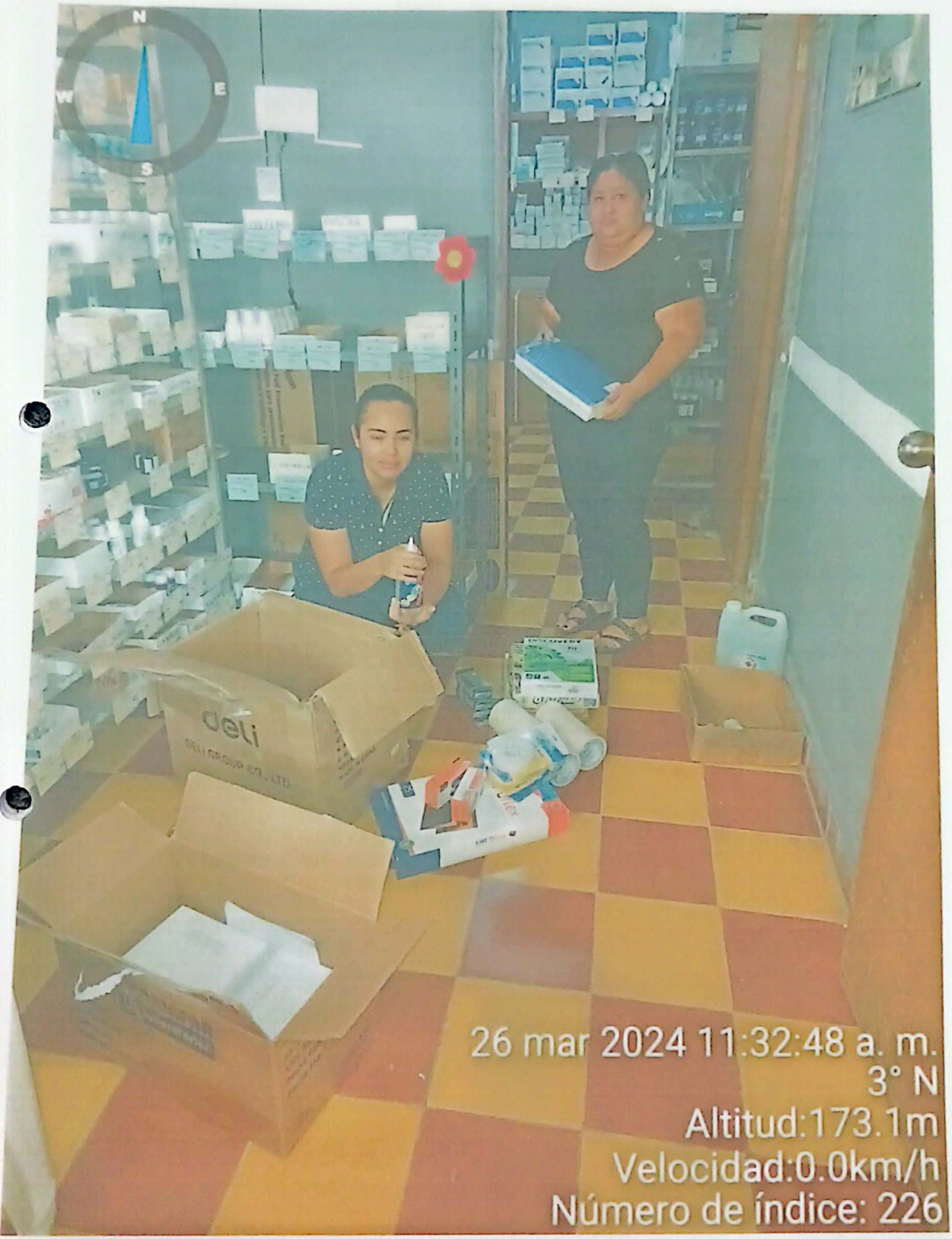
RECIBIDO POR
NOMBRE: Xiomara Mejia Amador
U. S.: El Ciruelo

TESTIGO
NOMBRE: German Lopez
CARGO: Motorista

MODELO DESCENTRALIZADO MACUELIZO SANTA BARBARA

MINISTERIO DE SALUD REGION SANITARIA No. 10 USF EL CIRUELO Macuelizo, Santa Bárbara

HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a Encargada de **LABORATORIO** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Almohadillas p/sello	Unidad	0	L 22.61	L -
2	Borradores de grafito	Unidad	0	L 2.28	L -
3	Calculadoras	Unidad	0	L 128.09	L -
4	Cartulina de colores	Unidades	0	L 5.22	L -
5	Silicon Liquido	Unidad	1	L 79.57	L 79.57
6	CLIP Grande	Cajita	0	L 11.83	L -
7	Clip Pequeño	Cajita	0	L 4.96	L -
8	Corrector liquido	Unidad	0	L 5.91	L -
9	Fasteners	Cajita	0	L 23.48	L -
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	L 66.78	L -
11	Glicerina P/CONTAR	Paquete	0	L 20.00	L -
12	Grapadoras	Unidad	1	L 33.57	L 33.57
13	Grapas	Unidad	1	L 13.13	L 13.13
14	Lapiz grafito	Cajita	0	L 1.80	L -
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	0	L 1.60	L -
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	0	L 1.60	L -
17	Libros unicos Grandes	Unidad	2	L 72.00	L 144.00
18	Marcador fino Permanente	Unidad	0	L 19.13	L -
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	0	L 29.57	L -
20	Marcador Flourecente	Unidad	0	L 5.83	L -
21	Maskin Tape grueso	Unidad	1	L 19.13	L 19.13
22	Papel bond LEGAL	Unidad	1	L 164.35	L 164.35
23	Papel bond p/rotulos	Retma	0	L 3.04	L -
24	Papel tapiz	Unidad	0	L 183.39	L -
25	Pega doble	Unidad	0	L 19.48	L -
26	Pegamento Liquido	Unidad	0	L 14.52	L -
27	Pentaflex grande	Unidad	0	L 180.00	L -
28	Perforadoras	Paquete	0	L 81.13	L -
29	Reglas	Unidad	0	L 13.00	L -
30	Sacagrapas	Unidad	0	L 10.78	L -
31	Sacapuntas	Unidad	3	L 2.30	L 6.90
32	Sobre Manila Tamaño carta	Unidad	0	L 14.78	L -
33	Tableros (carta)	Paquete	0	L 30.43	L -
34	Tijeras	Unidad	0	L 34.78	L -
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	L 196.00	L -
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	L 196.00	L -
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	L 196.00	L -
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	L 196.00	L -
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	0	L 280.00	L -
40	Tinta Canon 11 M Azul	Unidad	0	L 255.65	L -
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Paquete	0	L 255.65	L -
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	0	L 255.65	L -
				Sub-Total	L 460.65
				ISV	L 46.46
				TOTAL	L 507.11

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26-03-24

ENTREGADO POR
NOMBRE: Massy Mejía
CARGO: Asist. Administración

RECIBIDO POR
NOMBRE: Doris Lara
U. S.: Lab Cis Sula

TESTIGO
NOMBRE: Cecilia Almendares
CARGO: Tec. Laboratorio

MODELO DESENTRALIZADO DE SALUD MACUELIZO SANTA BARBARA

Secretaría de Salud de Honduras Laboratorio Clínico SULA S.B.

HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS LIBERTAD** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Almohadillas p/sello	Unidad	1	L 22.61	L 22.61
2	Borradores de grafito	Unidad	5	L 2.28	L 11.40
3	Calculadoras	Unidad	1	L 128.09	L 128.09
4	Cartulina de colores	Unidades	10	L 5.22	L 52.20
5	Silicon Liquido	Unidad	3	L 79.57	L 238.71
6	CLIP Grande	Cajita	1	L 11.83	L 11.83
7	Clip Pequeño	Cajita	0	L 4.96	L -
8	Corrector liquido	Unidad	6	L 5.91	L 35.46
9	Fasteners	Cajita	2	L 23.48	L 46.96
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	L 66.78	L -
11	Glicerina P/CONTAR	Paquete	2	L 20.00	L 40.00
12	Grapadoras	Unidad	2	L 33.57	L 67.14
13	Grapas	Unidad	0	L 13.13	L -
14	Lapiz grafito	Cajita	24	L 1.80	L 43.20
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	60	L 1.60	L 96.00
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	12	L 1.60	L 19.20
17	Libros unicos Grandes	Unidad	3	L 72.00	L 216.00
18	Marcador fino Permanente	Unidad	8	L 19.13	L 153.04
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	5	L 29.57	L 147.85
20	Marcador Flourecente	Unidad	5	L 5.83	L 29.15
21	Maskin Tape grueso	Unidad	10	L 19.13	L 191.30
22	Papel bond LEGAL	Unidad	1	L 164.35	L 164.35
23	Papel bond p/rotulos	Retma	0	L 3.04	L -
24	Papel tapiz	Unidad	1	L 183.39	L 183.39
25	Pega doble	Unidad	3	L 19.48	L 58.44
26	Pegamento Liquido	Unidad	2	L 14.52	L 29.04
27	Pentaflex grande	Unidad	0	L 180.00	L -
28	Perforadoras	Paquete	2	L 81.13	L 162.26
29	Reglas	Unidad	3	L 13.00	L 39.00
30	Sacagrapas	Unidad	3	L 10.78	L 32.34
31	Sacapuntas	Unidad	10	L 2.30	L 23.00
32	Sobre Manila Tamaño carta	Unidad	0	L 14.78	L -
33	Tableros (carta)	Paquete	0	L 30.43	L -
34	Tijeras	Unidad	0	L 34.78	L -
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	1	L 196.00	L 196.00
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	1	L 196.00	L 196.00
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	1	L 196.00	L 196.00
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	1	L 196.00	L 196.00
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	0	L 280.00	L -
40	Tinta Canon 11 M Azul	Unidad	0	L 255.65	L -
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Paquete	0	L 255.65	L -
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	0	L 255.65	L -
				Sub-Total	L 3,025.96
				ISV	L 386.72
				TOTAL	L 3,412.68

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26/03/24

ENTREGADO POR
NOMBRE: Mersy Mejía
CARGO: Asist. Administración

RECIBIDO POR
NOMBRE: Nubia Rodas
CARGO: Enfermera

TESTIGO
NOMBRE: German Lopez
CARGO: Motorista

HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS ROSARIO** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Almohadillas p/sello	Unidad	0	L 22.61	L -
2	Borradores de grafito	Unidad	10	L 2.28	L 22.80
3	Calculadoras	Unidad	2	L 128.09	L 256.18
4	Cartulina de colores	Unidades	10	L 5.22	L 52.20
5	Silicon Liquido	Unidad	2	L 79.57	L 159.14
6	CLIP Grande	Cajita	0	L 11.83	L -
7	Clip Pequeño	Cajita	0	L 4.96	L -
8	Corrector liquido	Unidad	10	L 5.91	L 59.10
9	Fasteners	Cajita	0	L 23.48	L -
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	L 66.78	L -
11	Glicerina P/CONTAR	Paquete	0	L 20.00	L -
12	Grapadoras	Unidad	2	L 33.57	L 67.14
13	Grapas	Unidad	2	L 13.13	L 26.26
14	Lapiz grafito	Cajita	20	L 1.80	L 36.00
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	50	L 1.60	L 80.00
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	12	L 1.60	L 19.20
17	Libros unicos Grandes	Unidad	2	L 72.00	L 144.00
18	Marcador fino Permanente	Unidad	8	L 19.13	L 153.04
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	5	L 29.57	L 147.85
20	Marcador Flourecente	Unidad	0	L 5.83	L -
21	Maskin Tape grueso	Unidad	24	L 19.13	L 459.12
22	Papel bond LEGAL	Unidad	1	L 164.35	L 164.35
23	Papel bond p/rotulos	Retma	20	L 3.04	L 60.80
24	Papel tapiz	Unidad	1	L 183.39	L 183.39
25	Pega doble	Unidad	3	L 19.48	L 58.44
26	Pegamento Liquido	Unidad	0	L 14.52	L -
27	Pentaflex grande	Unidad	0	L 180.00	L -
28	Perforadoras	Paquete	2	L 81.13	L 162.26
29	Reglas	Unidad	5	L 13.00	L 65.00
30	Sacagrapas	Unidad	2	L 10.78	L 21.56
31	Sacapuntas	Unidad	10	L 2.30	L 23.00
32	Sobre Manila Tamaño carta	Unidad	0	L 14.78	L -
33	Tableros (carta)	Paquete	0	L 30.43	L -
34	Tijeras	Unidad	0	L 34.78	L -
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	L 196.00	L -
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	L 196.00	L -
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	L 196.00	L -
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	L 196.00	L -
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	0	L 280.00	L -
40	Tinta Canon 11 M Azul	Unidad	0	L 255.65	L -
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Paquete	0	L 255.65	L -
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	0	L 255.65	L -
				Sub-Total	L 2,420.83
				ISV	L 304.62
				TOTAL	L 2,725.45

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26/03/24

ENTREGADO POR
NOMBRE: Yersy Mejia
CARGO: Resp. Administración

RECIBIDO POR
NOMBRE: Blanca Patricia Garcia
U. S.: Farmacia

TESTIGO
NOMBRE: German Lopez
CARGO: Motorista

SECRETARIA DE SALUD U.S. EL ROSARIO REGIÓN SANITARIA No. 18 MACUELIZO, SANTA BARBARA, HONDURAS

MODELO DESENTRALIZADO MACUELIZO SANTA BARBARA

HONDURAS

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS ABUNDANCIA** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Almohadillas p/sello	Unidad	3	L 22.61	L 67.83
2	Borradores de grafito	Unidad	0	L 2.28	L -
3	Calculadoras	Unidad	2	L 128.09	L 256.18
4	Cartulina de colores	Unidades	10	L 5.22	L 52.20
5	Silicon Liquido	Unidad	3	L 79.57	L 238.71
6	CLIP Grande	Cajita	3	L 11.83	L 35.49
7	Clip Pequeño	Cajita	0	L 4.96	L -
8	Corrector liquido	Unidad	5	L 5.91	L 29.55
9	Fasteners	Cajita	0	L 23.48	L -
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	L 66.78	L -
11	Glicerina P/CONTAR	Paquete	3	L 20.00	L 60.00
12	Grapadoras	Unidad	2	L 33.57	L 67.14
13	Grapas	Unidad	5	L 13.13	L 65.65
14	Lapiz grafito	Cajita	0	L 1.80	L -
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	50	L 1.60	L 80.00
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	10	L 1.60	L 16.00
17	Libros unicos Grandes	Unidad	3	L 72.00	L 216.00
18	Marcador fino Permanente	Unidad	8	L 19.13	L 153.04
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	5	L 29.57	L 147.85
20	Marcador Flourecente	Unidad	0	L 5.83	L -
21	Maskin Tape grueso	Unidad	10	L 19.13	L 191.30
22	Papel bond LEGAL	Unidad	1	L 164.35	L 164.35
23	Papel bond p/rotulos	Retma	20	L 3.04	L 60.80
24	Papel tapiz	Unidad	1	L 183.39	L 183.39
25	Pega doble	Unidad	3	L 19.48	L 58.44
26	Pegamento Liquido	Unidad	2	L 14.52	L 29.04
27	Pentaflex grande	Unidad	0	L 180.00	L -
28	Perforadoras	Paquete	2	L 81.13	L 162.26
29	Reglas	Unidad	0	L 13.00	L -
30	Sacagrapas	Unidad	5	L 10.78	L 53.90
31	Sacapuntas	Unidad	0	L 2.30	L -
32	Sobre Manila Tamaño carta	Unidad	0	L 14.78	L -
33	Tableros (carta)	Paquete	0	L 30.43	L -
34	Tijeras	Unidad	0	L 34.78	L -
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	L 196.00	L -
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	L 196.00	L -
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	L 196.00	L -
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	L 196.00	L -
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	0	L 280.00	L -
40	Tinta Canon 11 M Azul	Unidad	0	L 255.65	L -
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Paquete	0	L 255.65	L -
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	0	L 255.65	L -
				Sub-Total	**L 2,389.12**
				ISV	**L 311.57**
				TOTAL	**L 2,700.69**

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha 26/03/24

ENTREGADO POR
NOMBRE: Meisy Mejía
CARGO: Asist. Administración

RECIBIDO POR
NOMBRE: Jersy Madrid
CARGO: Abundancia

TESTIGO
NOMBRE: German Lopez
CARGO: motorista

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS LA FLECHA** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Almohadillas p/sello	Unidad	0	L 22.61	L -
2	Borradores de grafito	Unidad	5	L 2.28	L 11.40
3	Calculadoras	Unidad	2	L 128.09	L 256.18
4	Cartulina de colores	Unidades	15	L 5.22	L 78.30
5	Silicon Liquido	Unidad	2	L 79.57	L 159.14
6	CLIP Grande	Cajita	0	L 11.83	L -
7	Clip Pequeño	Cajita	0	L 4.96	L -
8	Corrector liquido	Unidad	10	L 5.91	L 59.10
9	Fasteners	Cajita	0	L 23.48	L -
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	0	L 66.78	L -
11	Glicerina P/CONTAR	Paquete	0	L 20.00	L -
12	Grapadoras	Unidad	0	L 33.57	L -
13	Grapas	Unidad	5	L 13.13	L 65.65
14	Lapiz grafito	Cajita	30	L 1.80	L 54.00
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	30	L 1.60	L 48.00
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	12	L 1.60	L 19.20
17	Libros unicos Grandes	Unidad	3	L 72.00	L 216.00
18	Marcador fino Permanente	Unidad	8	L 19.13	L 153.04
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	5	L 29.57	L 147.85
20	Marcador Flourecente	Unidad	0	L 5.83	L -
21	Maskin Tape grueso	Unidad	20	L 19.13	L 382.60
22	Papel bond LEGAL	Unidad	1	L 164.35	L 164.35
23	Papel bond p/rotulos	Retma	10	L 3.04	L 30.40
24	Papel tapiz	Unidad	0	L 183.39	L -
25	Pega doble	Unidad	3	L 19.48	L 58.44
26	Pegamento Liquido	Unidad	0	L 14.52	L -
27	Pentaflex grande	Unidad	1	L 180.00	L 180.00
28	Perforadoras	Paquete	1	L 81.13	L 81.13
29	Reglas	Unidad	0	L 13.00	L -
30	Sacagrapas	Unidad	0	L 10.78	L -
31	Sacapuntas	Unidad	10	L 2.30	L 23.00
32	Sobre Manila Tamaño carta	Unidad	0	L 14.78	L -
33	Tableros (carta)	Paquete	0	L 30.43	L -
34	Tijeras	Unidad	0	L 34.78	L -
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	0	L 196.00	L -
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	0	L 196.00	L -
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	0	L 196.00	L -
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	0	L 196.00	L -
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	0	L 280.00	L -
40	Tinta Canon 11 M Azul	Unidad	0	L 255.65	L -
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Paquete	0	L 255.65	L -
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	0	L 255.65	L -
				Sub-Total	L 2,187.78
				ISV	L 272.43
				TOTAL	L 2,460.21

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

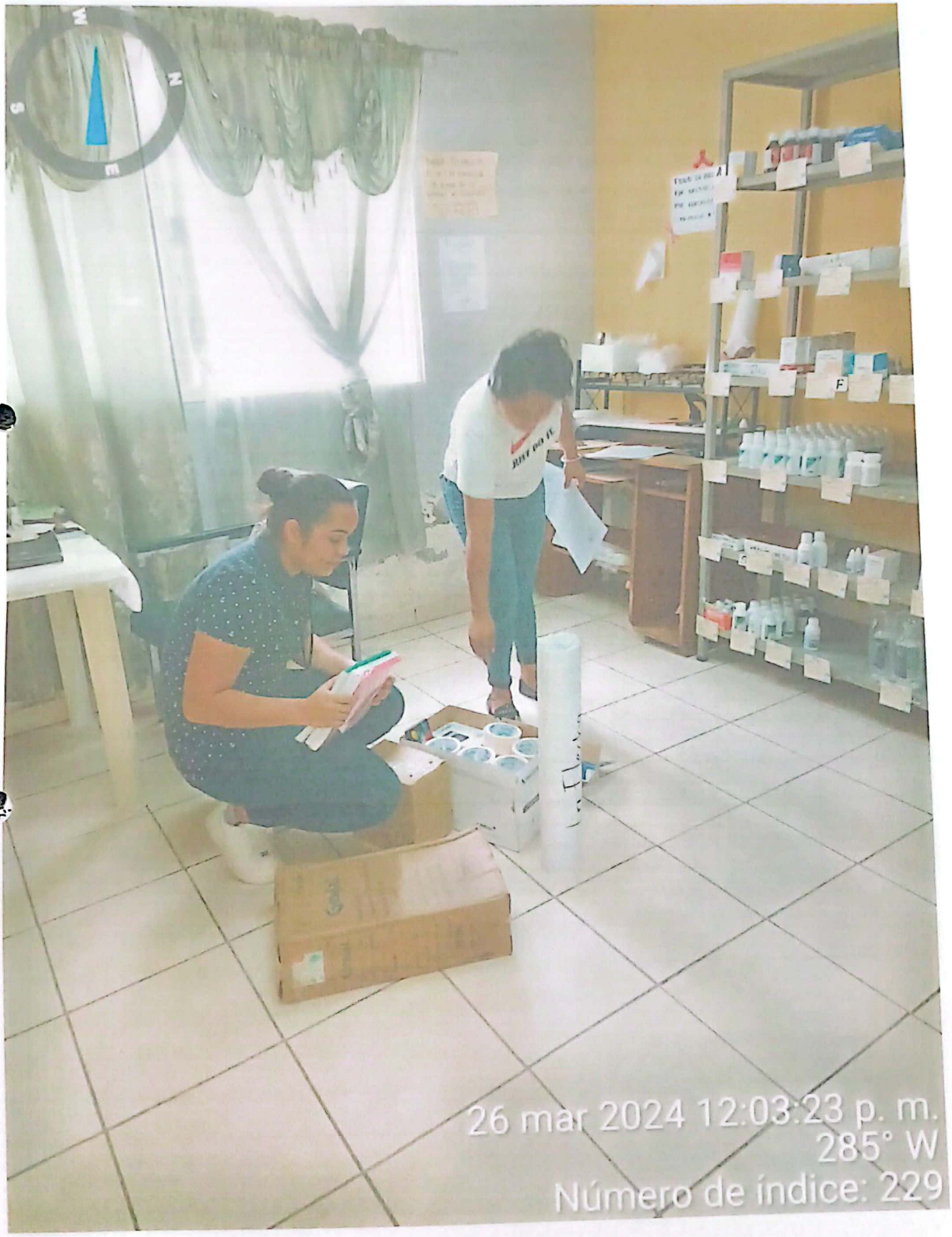
Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26-03-2024

ENTREGADO POR
NOMBRE: Mery Yaneth Mejia
CARGO: Asist Administración

RECIBIDO POR
NOMBRE: Fany Vasquez Celaya
U. S.: UAPS LA FLECHA

TESTIGO
NOMBRE: German Lopez
CARGO: motorista

HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de bodega** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Almohadillas p/sello	Unidad	0	L 22.61	L -
2	Borradores de grafito	Unidad	0	L 2.28	L -
3	Calculadoras	Unidad	0	L 128.09	L -
4	Cartulina de colores	Unidades	0	L 5.22	L -
5	Silicon Liquido	Unidad	0	L 79.57	L -
6	CLIP Grande	Cajita	0	L 11.83	L -
7	Clip Pequeño	Cajita	0	L 4.96	L -
8	Corrector liquido	Unidad	0	L 5.91	L -
9	Fasteners	Cajita	0	L 23.48	L -
10	Folder Clarito tamaño carta	Paquete	10	L 66.78	L 667.80
11	Glicerina P/CONTAR	Paquete	5	L 20.00	L 100.00
12	Grapadoras	Unidad	0	L 33.57	L -
13	Grapas	Unidad	5	L 13.13	L 65.65
14	Lapiz grafito	Cajita	20	L 1.80	L 36.00
15	Lapiz tinta negro BIC	Unidad	0	L 1.60	L -
16	Lapiz tinta rojo BIC	Unidad	0	L 1.60	L -
17	Libros unicos Grandes	Unidad	0	L 72.00	L -
18	Marcador fino Permanente	Unidad	0	L 19.13	L -
19	Marcador grueso Permanente	Unidad	0	L 29.57	L -
20	Marcador Flourecente	Unidad	0	L 5.83	L -
21	Maskin Tape grueso	Unidad	30	L 19.13	L 573.90
22	Papel bond LEGAL	Unidad	30	L 164.35	L 4,930.50
23	Papel bond p/rotulos	Retma	0	L 3.04	L -
24	Papel tapiz	Unidad	0	L 183.39	L -
25	Pega doble	Unidad	5	L 19.48	L 97.40
26	Pegamento Liquido	Unidad	0	L 14.52	L -
27	Pentaflex grande	Unidad	0	L 180.00	L -
28	Perforadoras	Paquete	0	L 81.13	L -
29	Reglas	Unidad	5	L 13.00	L 65.00
30	Sacagrapas	Unidad	5	L 10.78	L 53.90
31	Sacapuntas	Unidad	0	L 2.30	L -
32	Sobre Manila Tamaño carta	Unidad	2	L 14.78	L 29.56
33	Tableros (carta)	Paquete	0	L 30.43	L -
34	Tijeras	Unidad	0	L 34.78	L -
35	Tinta Impresora Epson 544 color amarillo	Unidad	1	L 196.00	L 196.00
36	Tinta Impresora Epson 544 color azul	Unidad	1	L 196.00	L 196.00
37	Tinta Impresora Epson 544 color Fucsia	Unidad	1	L 196.00	L 196.00
38	Tinta Impresora Epson 544 color negro	Unidad	2	L 196.00	L 392.00
39	Tinta Canon 11 M Negro	Unidad	1	L 280.00	L 280.00
40	Tinta Canon 11 M Azul	Unidad	1	L 255.65	L 255.65
41	Tinta Canon 11 M Fucsia	Paquete	0	L 255.65	L -
42	Tinta Canon 11 M Amarillo	Unidad	1	L 255.65	L 255.65
				Sub-Total	L 8,391.01
				ISV	L 1,243.50
				TOTAL	L 9,634.51

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26/03/24

ENTREGADO POR
NOMBRE:
CARGO:

RECIBIDO POR
NOMBRE: Mery Mejia
U. S.: CECR

TESTIGO
NOMBRE: German Lopez
CARGO: Motorista

HONDURAS

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 05019995108892

ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINAS SA DE CV
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☑	Productores Importadores de Cigarrillos*	☐
Importador	☑	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☑	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Fecha de Emisión: 20140926

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto Nº 102 del 6 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto Nº 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto Nº 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003 Art. 8 Decreto de Ley Nº 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta Nº 19850 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.

Ministra Directora

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento DEI-412- 1621200 Transacción: 154312

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-1584

La DIRECCIÓN DE GRANDES CONTRIBUYENTES SAN PEDRO SULA en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINAS S.A. DE C.V.**
Con Registro Tributario Nacional: **05019995108892**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-1584 en fecha 03/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418313532 de fecha 03/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la Presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA,** para el período 202401, según Declaración 35740477954, presentada el 28/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

MANUEL PORTILLO CORTES
DIRECTOR DE GRANDES CONTRIBUYENTES SAN PEDRO SULA

(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ , ingresando el número **201-24-10500-1584** o mediante el siguiente código QR:

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO CENTRAL

Nº 259696

Permiso No:237099
Declaracion No:DI-103161
Fecha de emisión:13/2/2024
Fecha de vencimiento:31/12/2024

PERMISO DE OPERACIÓN DE NEGOCIO

Habiendo cumplido con los requisitos establecidos en el reglamento que institucionaliza el proceso de emisión y obtención del permiso de operación simplificado, se le otorga el presente permiso a:

ACOSA

Ciudad:	DISTRITO CENTRAL
Barrio o Colonia:	0433-PALMIRA (433)
Clave Catastral:	04-0017-019
Dirección:	COL. PALMIRA, EDIFICIO JS, FRENTE A LA IGLESIA GUADALUPE.
RTN o Identidad:	05019995108892
No. de Negocio:	ICS-37382

CONTRIBUYENTE:

ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINAS SA DE CV

ACTIVIDAD(ES) ECONÓMICA(S) AUTORIZADA(S)
620804 VENTA DE MAQUINAS DE OFICINA COMPUTADORAS

IMPORTANTE: El incumplimiento de lo aquí autorizado, dará lugar a la suspensión o cancelación del presente acto administrativo; así como a la aplicación de las demás sanciones establecidas en la normativa municipal vigente.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA

ciudad de buen corazón

Exhibir este permiso en un lugar visible del establecimiento y presentarlo cuando lo solicite la Autoridad Municipal.

WW0G0-0000-068R-STTX-TXY8-5LR0-0000-0000-019Y0

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO CENTRAL

Periodo

2023

Numero de constancia

TIV-197979-15774-1

CONSTANCIA DE SOLVENCIA IMPUESTO PERSONAL

La **GERENCIA DE ATENCION AL CIUDADANO** en cuya jurisdiccion se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre o Denominación Social

EDUARDO ICTECH NENO

Con Número de Identidad / R.T.N.

0501196607504

Habiendo presentado la solicitud con número **TIV-197979** en fecha 04/28/2023 y con fecha de vencimiento hasta el 04/30/2024

Por lo antes expuesto se OTORGA la Constancia de Solvencia del Impuesto Personal al solicitante

ALCALDIA MUNICIPAL DEL DISTRITO CENTRAL
ALCALDE MUNICIPAL
2022-2026

(*) es obligación del destinatario de la presente constancia, verificar a través de internet la direccion https://tegucigalpavirtual.tustributos.com/Public/ProceedingInfo?proceedingNumber=TIV-197979&idCard=0501196607504 ingresando el número de constancia y el número de Identidad/R.T.N o mediante el siguiente código QR:

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO CENTRAL

Nota: Cualquier alteración en esta solvencia la declara sin valor.

ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINAS S.A de C.V.
RTN: 05019995108892
Oficina Principal 6 Ave. 3 Cll. Bo. Guamilito N.O., San Pedro Sula, Cortes, Honduras.
TIENDA CENTRO SPS, 1 Calle 1 y 2Ave. Bo El Centro
R.T.N. 05019995108892, San Pedro Sula,
Correo Electronico: gerencia@acosa.com.hn
TEL:2557-8650

CAI: 1786F3-D2B82C-D14891-0568FF-AD7C2B-FE

FACTURA
001-002-01-00281140

Fecha	# Referencia	Codigo Cliente
23/03/2024 09:30:23 a.m.	1224344	CECONCC6000

Cliente	RTN	Dirección
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA	-	

Telefono	TIENDA	Orden de Compra #	Terminos
	TIENDA CENTRO SP	16139011360075	CONTADO

Asesor de Ventas	Elaborado por
	Katerine Fernandez

No. Correlativo de orden de compra exenta	No. Correlativo de constancia de registro exonerado	No. Identificacion del registro de la SAG

CANT.	CODIGO	DESCRIPCION	Precio Unitario	Descuentos y Rebajas Otorgadas	ISV	TOTAL
10	A39863	ALMOHADILLA P/SELLO NEGRO #1 S	L. 22.61		ISV	L. 226.10
250	A48402	BOLIGRAFO GENIAL NEGRO MAX 1.0	L. 1.60		EXE	L. 400.00
94	A48404	BOLIGRAFO GENIAL ROJO MAX 1.0	L. 1.60		EXE	L. 150.40
50	A47448	BORRADOR GENIAL BLANCO GRANDE	L. 2.28		EXE	L. 114.00
14	A43735	CALCULADORA CASIO ESCRIT 12DIG	L. 128.09		ISV	L. 1,793.26
90	A43312	CARTULINA IRIS SURT 50X65CM	L. 5.22		ISV	L. 469.80
12	A47954	CLIPS JUMBO GENIAL 100 UND 50M	L. 11.83		ISV	L. 141.96
5	A47955	CLIPS STANDARD GENIAL 100 UND	L. 4.96		ISV	L. 24.80
77	A67813	CORRECTOR FORCE LAPIZ 7ML FC-2	L. 5.91		ISV	L. 455.07
0	A73929	FOLDER TRANS T/C C/BARILLA PQT	L. 66.78		ISV	L. 667.80
25	A51666	CUADERNO UNICO LARGO 400 PAG G	L. 72.00		EXE	L. 1,800.00
15	A52172	FASTENER 8CM METAL 50UND WIWI	L. 23.48		ISV	L. 352.20
15	A3546	GLICERINA AZOR 42G (1.5 OZ) C	L. 20.00		ISV	L. 300.00
26	A47957	GRAPA STANDARD 26/6 GENIAL 500	L. 13.13		ISV	L. 341.38
15	A47959	GRAPADORA GENIAL CE-5 MEDIA TI	L. 33.57		ISV	L. 503.55
174	A48238	LAPIZ GRAFITO #2 HB GENIAL MAX	L. 1.80		EXE	L. 313.20
40	A4734	MARCADOR PERMAN SHARPIE KING S	L. 29.57		ISV	L. 1,182.80
74	A4743	MARCADOR PERMAN SHARPIE NEGRO	L. 19.13		ISV	L. 1,415.62

Continua en la Siguiente Pagina...

ACOSA
TIENDA CENTRO SPS
RTN 05019995108892

ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINAS S.A de C.V.
RTN: 05019995108892
Oficina Principal 6 Ave. 3 Cll. Bo. Guamilito N.O., San Pedro Sula, Cortes, Honduras.
TIENDA CENTRO SPS, 1 Calle 1 y 2Ave. Bo El Centro
R.T.N. 05019995108892, San Pedro Sula,
Correo Electronico: gerencia@acosa.com.hn
TEL:2557-8650

CAI: 1786F3-D2B82C-D14891-0568FF-AD7C2B-FE

FACTURA
001-002-01-00281140

Fecha	# Referencia	Codigo Cliente
23/03/2024 09:30:23 a.m.	1224344	CECONCC6000

Cliente	RTN	Dirección
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA	-	

Telefono	TIENDA	Orden de Compra #	Terminos
	TIENDA CENTRO SP	16139011360075	CONTADO

Asesor de Ventas	Elaborado por
	Katerine Fernandez

CANT.	CODIGO	DESCRIPCION	No. Correlativo de constancia de registro exonerado	Precio Unitario	Descuentos y Rebajas Otorgadas	Nº Identificación del registro de la SAG	TOTAL
159	A49201	MASKING TAPE 2 X30 YD GENIAL		L. 19.13		ISV	L. 3,041.67
12	A56362	PAPEL BOND LEGAL B20 8.5X14 EX		L. 164.35		ISV	L. 1,972.20
2	A33474	CUADERNO VIVO UNICO 400 PAG. L		L. 72.00		EXE	L. 144.00
130	A5978	PAPEL BOND ROTAFOLIO B20 22X34		L. 3.04		ISV	L. 395.20
7	A51413	PAPEL TAPIZ DISEÑO COCINA 45CM		L. 183.39		ISV	L. 1,283.73
8	A47948	PEGAMENTO BLANCO 240GR (8.5 OZ		L. 14.52		ISV	L. 116.16
3	A6202	PENDAFLEX AMPOFLEX T/OFICIO 25		L. 180.00		ISV	L. 540.00
15	A51418	PERFORADORA GENIAL CP-30 8CM 3		L. 81.13		ISV	L. 1,216.95
32	A51381	REGLA ALUMINIO 30CM GENIAL		L. 13.00		EXE	L. 416.00
47	A47149	RESALTADOR AMARILLO GENIAL		L. 5.83		ISV	L. 274.01
28	A47547	SACA GRAPAS COL MERLETTO		L. 10.78		ISV	L. 301.84
67	A47449	SACAPUNTA GENIAL METAL TIPO HA		L. 2.30		EXE	L. 154.10
22	A47454	SILICONA LIQUIDA 500ML GENIAL		L. 79.57		ISV	L. 1,750.54
2	A7356	SOBRE MANILA 9X12 PQT10 ENGOMA		L. 14.78		ISV	L. 29.56
9	A7420	TABLERO T/CARTA AMPO		L. 30.43		ISV	L. 273.87
29	A12797	TAPE DOBLE CARA 24MMX2.5M MERL		L. 19.48		ISV	L. 564.92
15	A63395	TIJERA 9" DELI SURT		L. 34.78		ISV	L. 521.70
2	A62465	TINTA CANON GI-11 CYAN 70ML G2		L. 255.65		ISV	L. 511.30
1	A62464	TINTA CANON GI-11 MAG 70ML G21		L. 255.65		ISV	L. 255.65

Continua en la Siguiente Pagina...

ACOSA
TIENDA CENTRO SPS
RTN: 05019995108892

ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINAS S.A de C.V.
RTN: 05019995108892
Oficina Principal 6 Ave. 3 Cll. Bo. Guamilito N.O., San Pedro Sula, Cortes, Honduras.
TIENDA CENTRO SPS, 1 Calle 1 y 2Ave. Bo El Centro
R.T.N. 05019995108892, San Pedro Sula,
Correo Electronico: gerencia@acosa.com.hn
TEL:2557-8650

CAI: 1786F3-D2B82C-D14891-0568FF-AD7C2B-FE

FACTURA
001-002-01-00281140

Fecha	# Referencia	Codigo Cliente
23/03/2024 09:30:23 a.m.	1224344	CECONCC6000

Cliente	RTN	Dirección
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA	-	

Telefono	TIENDA	Orden de Compra #	Terminos
	TIENDA CENTRO SP	16139011360075	CONTADO

Asesor de Ventas	Elaborado por
	Katerine Fernandez

CANTIDAD	CODIGO	DESCRIPCION	Precio Unitario	Descuentos y Rebajas Otorgadas	Identificación exenta	TOTAL
		No. Correlativo de constancia de registro de la SAG				
2	A62463	TINTA CANON GI-11 YELL 70ML G2	L. 255.65		ISV	L. 511.30
2	A62462	TINTA CANON GI-11 NEG 135ML G2	L. 280.00		ISV	L. 560.00
2	A52430	TINTA EPS T544 CYAN 65ML P/L11	L. 196.00		ISV	L. 392.00
2	A52431	TINTA EPS T544 MAGENTA 65ML P/	L. 196.00		ISV	L. 392.00
2	A52432	TINTA EPS T544 YELLOW 65ML P/L	L. 196.00		ISV	L. 392.00
3	A52429	TINTA EPS T544 NEGRO 65ML P/L1	L. 196.00		ISV	L. 588.00
27	A34137	PAPEL BOND LEGAL B20 8.5X14" H	L. 164.35		ISV	L. 4,437.45

1626

NOMBRE Y FIRMA, RECIBI CONFORME

Fabricio Calderon

Totales	
Importe Exonerado	L.
Importe Exento	L. 3,491.70
Importe Gravado 15%	L. 28,196.39
Importe Gravado 18%	L. 0.00
I.S.V 15%	4229.46
I.S.V 18%	0.00
Total a Pagar	L. 35,917.55

Por Cada Cheque Devuelto Se Cobrará Un Recargo de L.750.00
Total en Letras:TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS DIECISIETE LEMPIRAS CON 55/100
Rango Autorizado: Del: 001-002-01-00265001 Hasta: 001-002-01-00300000

Limite Emision: 14/07/2024

ACOSA
TIENDA CENTRO SPS
RTN 05019995108892

ORIGINAL: CLIENTE - COPIA: ARCHIVO - COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS EXIJALA

Esta funcionalidad ya se encuentra disponible en la Aplicación Móvil del SAR.

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	05019995108892
Nombre o Razón Social:	ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINAS S.A. DE C.V.
Nombre Comercial:	ACOSA CENTRO
Teléfono:	25441085 99952990
Email:	gerencia@acosa.com.hn
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:GUAMILITO, CALLE: 3, 6 AVENIDA, CASA NO.: NA, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: 1-2 AVENIDA 1 CALLE BARRIO EL CENTRO, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES

GENERALES

Número del Documento:	001-002-01-00281140
Fecha de Autorización:	14/07/2023
Modalidad:	SFC en Red Fijo
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	14/07/2024
CAI:	1786F3-D2B82C-D14891-0568FF-AD7C2B-FE
Desde (Rango Autorizado):	001-002-01-00265001
Hasta (Rango Autorizado):	001-002-01-00300000

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.°: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007530

18 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINAS SA DE CV 35,917.55 L
Páguese a la orden de

TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS DIECISIETE CON CINCUENTA Y CINCO CENTAVOS Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100150⑆0001090000250 3⑈00007530

CONCEPTO DEL PAGO: mpra de Material de Oficina Según Orden de Compra N°20-2024 (42 Partidas) para Equipo Tecnico Coordinador y 8 Establecimientos de Salud del Modelo Descentralizado de Salud en cumplimiento a registros y documentación de informes estadistic Secretaria de Salud.

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	PAGO DE Compra de Material de Oficina Según Orden de Compra N°20-2024 (42 Partidas) para Equipo Tecnico Coordinador y 8 Establecimientos de Salud del Modelo Descentralizado de Salud en cumplimiento a registros y documentación de informes estadísticos de la Secretaria de Salud.		35,917.55	

CHEQUE No. 00007530 BALANCE

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA
TESORERIA MUNICIPAL

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

ACOSA
TIENDA CENTRO SPS

HECHO POR AUTORIZADO POR RECIBI CONFORME

08061997006 99

2802508 M-0913 33

ROE-095 V. 2

BANCO DEL PAÍS, S. A.

Edificio Torre del País Barrio el Playón, Blvd. José A. Peraza, San Pedro Sula
RTN. 08019995140489 TEL. 2566-2020

013185186

DEPOSITO CUENTA DE CHEQUES

AGENCIA LA FLECHA
FECHA DE TRANSACCION 21-03-2024 HORA: 10:31:25
CUENTA : 01-010-000331-9
NOMBRE CLIENTE : ACCESORIOS PARA COMPUTADORAS Y OFICINA S
EFECTIVO : L.0.00
CHEQUES PROPIOS : L.35,917.55
CHS BANCOS LOCALES : L.0.00
CHS BCO EXTRANJEROS : L.0.00
TOTAL : L.35,917.55
CANTIDAD EN LETRAS LPS :
TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS DIECISIETE CON 55/100

******BANCO DEL PAIS******
AGENCIA LA FLECHA
01934 BAYRONA TRX:700 AUT:574914
NO SE REQUIERE SELLO NI FIRMA DE CAJERO
******SELLO ELECTRONICO*****

FIRMA: Yaneth Navarrete
NUMERO DE DOCUMENTO : 13185186
DEPOSITADO POR : YANETH NAVARRETE

VERIFIQUE ANTES DE FIRMAR QUE EL NUMERO DE DOCUMENTO ...
No es válido sin la certificación e impresión del sistema electrónico del Banco.

SUPERMERCADO

ACOSA

Fabrisio Pabel

Cárcamo Rodriguez

ID. 086-1997-00699

Sistema de Administración Municipal Integrado

Honduras, C.A.

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Emisión: 15/03/2024
Hora : 10:33 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9243
L.: 49,820.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7451
Fecha de Emision: 15/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7531
Paguese a: INVERSIONES CONTRERAS ARITA SRL DE CV Id/RTN: 05019008131694
La Cantidad en Letras: CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Compra de EQUIPO MEDICO Según Orden de Compra N° 21-2024: 1 Camilla Ginecológica, 2 Oximetros de pulso, 1 Banco Giratorio, 1 Esterilizador, dicho Equipo Medico será asignado al ESFAM del Ciruelo (4 EQUIPOS) y ESFAM de CIS Macuelizo (1 equipo), en seguimiento y cumplimiento a la Asepsia y Antisepsia en procedimientos Quirúrgicos, Atención de Calidad al Usuario y para la mejora de los servicios del primer Nivel de atención en salud.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 42420 14-012-01	Equipo de Laboratorio Médico	49,820.00

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	49,820.00
	Monto Total:	49,820.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	49,820.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	49,820.00

Firma y Sello de Presupuesto

Firma y Sello de Alcalde Isa

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por: Elvys Armando Reyes Bonilla
Identidad No.: 1701-1974-00062

INVERSIONES CONTRERAS ARITA S. DE R.L.

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jIkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51lAlOWdleqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

#21

SOLICITUD

UAPS CIRUELO

ADMINISTRACION: LIC EDENIA ROMERO

RECIBA UN CORDIAL SALUDO Y EXITOS EN SUS FUNCIONES DIARIAS

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME DIRIJO A USTED PARA NOTOFICARLE Y AL MISMO TIEMPO SOLICITARLE QUE NO CONTAMOS CON AUTOCLAVE YA QUE LA OLLA ESTERILIZADORA NO ESTA EN BUEN ESTADO NI CONTAMOS CON ESTUFA PARA REALIZAR DICHO PROCESO POR LO CUAL SOLICITO SE NOS BRINDE EQUIPO MEDICO RECORDANDO QUE LA ASEPSIA Y ANTISEPCIA EN LOS PROCEDIEMIENTOS QUIRURGICOS SON DE CARÁCTER OBLIGATORIO POR LA ATENCION DE CALIDAD Y SEGURIDAD HACIA EL PACIENTE Y EVITAR COMPLICACIONES DE CARÁCTER INSTITUCIONAL

CON MUESTRAS DE CARIÑO ME SUSCRIBO ESPERANDO UNA RESPUESTA POSITIVA

MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN SANITARIA No. 16
US EL CIRUELO
Macuelizo, Santa Bárbara

DRA NILZER MORENO

SOLICITUD

UAPS CIRUELO

ADMINISTRACION: LIC EDENIA ROMERO

RECIBA UN CORDIAL SALUDO Y EXITOS EN SUS FUNCIONES DIARIAS

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME DIRIJO A USTED PARA NOTOFICARLE Y AL MISMO TIEMPO SOLICITARLE QUE NO CONTAMOS CON CAMILLA GINECOLOGIA Y BANCO GIRATORIO GINECOLOGIO YA QUE LA CAMILLA ANTERIOR ES MUY ANTIGUA ENCONTRANDOSE EN MUY MAL ESTADO DE LA MISMA MANERA EVITANDO PODER BRINDAR UNA ATENCION ADECUADA Y DE CALIDAD A LA USUARIA MUJER SIENDO ESTO UN OBSTACULO PARA REALIZACION DE CITOLOGIAS RECORDANDO SON DE CARÁCTER OBLIGATORIO POR LA ATENCION DE CALIDAD AL PACIENTE.

CON MUESTRAS DE CARIÑO ME SUSCRIBO ESPERANDO UNA RESPUESTA POSITIVA

MINISTERIO DE SALUD
REGION SANITARIA No. 6
US EL CIRUELO
Cuelizo, Santa Bárbara

DRA NILZER MORENO

Solicitud

18-12-23

Unidad de Salud de Macuelizo
Santa Barbara.

Mediante esta se hace la Solicitud
Para adquirir una camilla ginecologica
ya que la que esta en el centro de Salud
del ciruelo esta en mal estado.

Dra. Cindy Díaz

MINISTERIO DE SALUD
REGION SANITARIA No. 16
US EL CIRUELO
Macuelizo, Santa Barbara

SOLICITUD

UAPS CIRUELO

ADMINISTRACION: LIC EDENIA ROMERO

RECIBA UN CORDIAL SALUDO Y EXITOS EN SUS FUNCIONES DIARIAS

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME DIRIJO A USTED PARA NOTOFICARLE Y AL MISMO TIEMPO SOLICITARLE QUE NO CONTAMOS CON OXIMETRO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NO SE RECIBIO EN DONACION ANTERIOR Y NO SE A CONTADO CON ELLO ANTERIORMENTE EVITANDO BRINDAR UNA ATENCION DE CALIDAD AL PACIENTE

CON MUESTRAS DE CARIÑO ME SUSCRIBO ESPERANDO UNA RESPUESTA POSITIVA

DRA. ILZER MORENO

Secretaria de Salud.

CIS Macuelizo Santa Barbara, 14 de febrero 2024

UNIDAD TECNICA DE MACUELIZO

Lic. Ever García

Coordinador Municipal

Lic. Edenia Romero

administradora.

Su oficina.

Le saludamos en nombre del personal de centro de salud, deseando éxitos en sus labores.

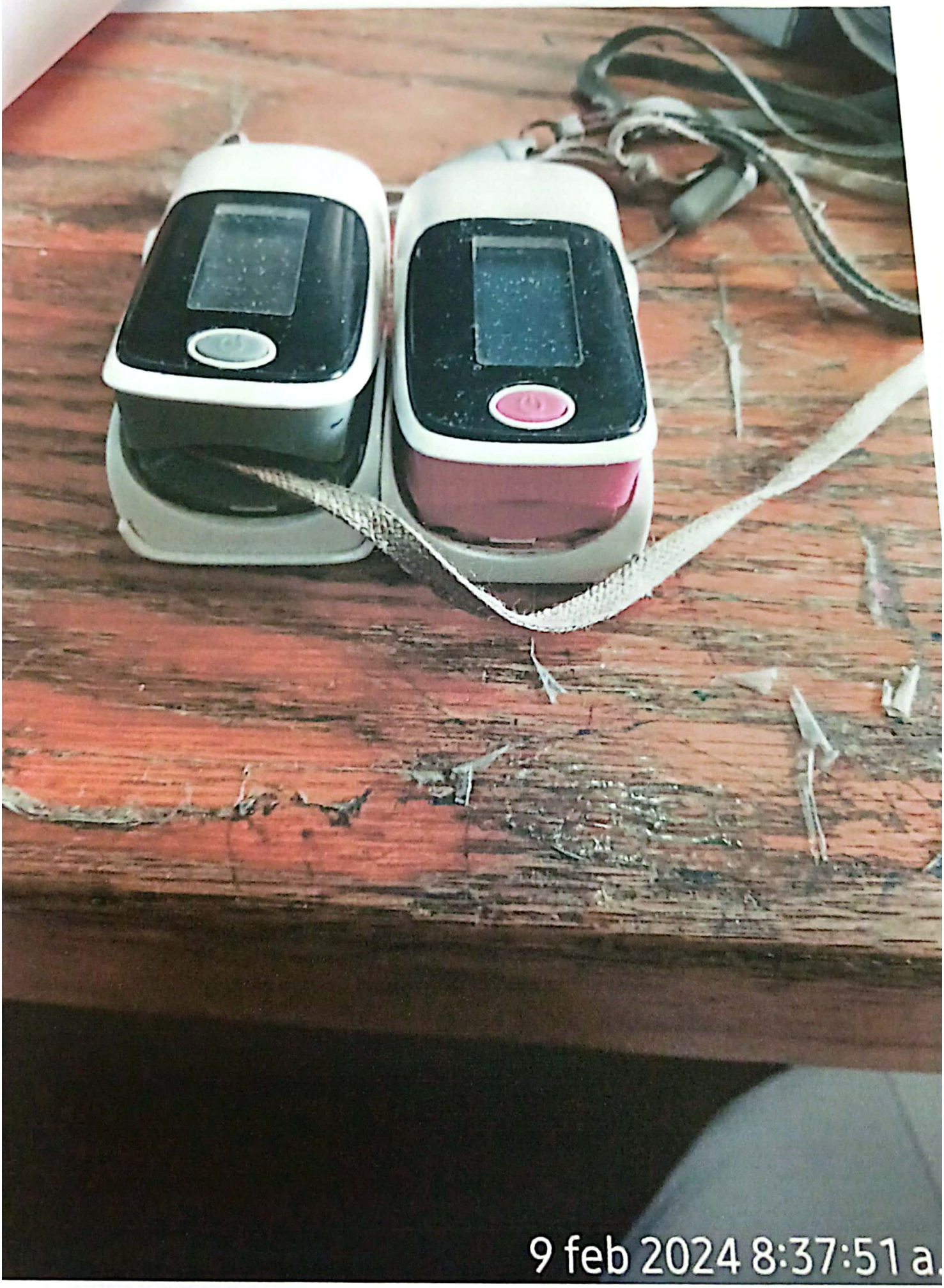
La presente es para solicitar muy respetuosamente, 1 oxímetro, ya que los 2 existente en el centro de salud , están en mal estado y también se necesita 1 glucómetro que de igual manera están dañado

Agradeciendo de antemano su atención a nuestra petición.

Dra. Eva Colindres

coordinadora

SECRETARIA DE SALUD REGION DEPTAL No. 16 UAPS MACUELIZO SANTA BARBARA



INVERSIONES CONTRERAS ARITA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA DE CAPITAL VARIABLE
INVERSIONES C.A. S DE R L DE C V
RTN: 0501900813169

CASA MATRIZ: Colonia Bogran, Calle: 7 Y 8, Casa No.: 11, Bloque: 1, San Pedro Sula, Cortés. Cel: 9436-6936 E-mail: implementos.medicos@hotmail.co

TIENDA PRINCIPAL
Colonia Buenos Aires. Condominio 2 de Hospital del Valle PRimer NIvel, local 11.
Tel: 2527-8069 | 2527-1234
2527-8400 Ext. 7611 Cel: 9476-4416

SUCURSAL #1
Colonia Gracias a Dios. Plaza Frente a Hospital Mario Catarino Rivas, Local 14
Color Anaranjado.Tel: 2516-5082
Cel: 9856-4623

SUCURSAL #2
Avenida Circunvalación, Plaza Miramar
Local 1, frente a Hospital Bendaña
Tel: 2540-1708
Cel: 9984-9175

COTIZACION

No. 0000000014
Fecha : 08/03/2024
Plazo : CONTADO
Vence : 23/03/2024
Vendedor ELVYS ARMANDO

CLIENTE : ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO
R.T.N : 16139011360075
TELEFONO
CONTACTO :
FAX

CODIGO	CANT	DESCRIPCION	ISV	PRECIO	TOTAL
0208	1	CAMILLA GINECOLOGICA CON GAVETAS	15	13,826.087000	13,826.09
0734	2	OXIMETRO DE PULSO JUMPER	15	486.956500	973.91
[illegible]	1	BANCO GIRATORIO CHANNEL MED	15	956.521700	956.52
0308	1	ESTERILIZADOR TIPO OLLA 50X ALL AMERICAN	15	27,565.217400	27,565.22

INVERSIONES CONTRERAS ARITA S. DE R.

DISPONIBILIDAD SUJETA A CAMBIOS SIN PREVIO AVISO

SUBTOTAL EXENTO	
SUBTOTAL GRABABLE	43,321
ISV 15%	6,498
Total	49,820

Elaborado Por | **Autorizado Por** | **Entregado Por** | **Recibido Por**

EN CASO DE CHEQUE EMITIR A NOMBRE DE: INVERSIONES CONTRERAS ARITA S. DE R.L. DE C.V.

Esta cotización tiene una validez de 15 días

SECRETARIA DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 21-2024

miércoles 13 de marzo de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
INVERSIONES CONTRERAS ARTITA S.DE R.L. "IMPLEMENTOS MEDICOS"	**ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD**

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
1	1	Camilla Ginecologica con gavetas	Unidad	1	L 13,826.09	L 13,826.09
2	2	Oximetro de pulso marca Jumper	Unidad	2	L 486.96	L 973.91
3	3	Banco Giratorio marca Channel MED Color plateado con negro	Unidad	1	L 956.52	L 956.52
4	4	Esterilizador tipo olla, Marca All American, Modelo N° 50X, Serie N°F570010, 120 Voltios	Unidad	1	L 27,565.22	L 27,565.22
					Sub-Total	**L 43,321.74**
					Impuesto	**L 6,498.26**
					Total	**L 49,820.00**

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR GESTOR
ADMINISTRACION	**COORDINACION**	**ALCALDESA**
Licda. Edenia Romero	**Lic. Ever Garcia**	**Licda. Suyapa Jacqueline Trejo**

RECIBIDA LA O.C POR PROVEEDOR

INVERSIONES CONTRERAS ARTITA S. DE R.L.

Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION

Nombre del Proveedor: INVERSIONES CONTRERAS ARTITA S.DE R.L. "IMPLEMENTOS MEDICOS

Numero Orden de Compra: 21-2024

DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cant. Según Orden	Cantidad recibida	Diferencia	Observacion
1	Camilla Ginecologica con gavetas	Unidad	1	1		
2	Oximetro de pulso marca Jumper	Unidad	2	2		
3	Banco Giratorio marca Channel MED Color plateado con negro	Unidad	1	1		
4	Esterilizador tipo olla, Marca All American, Modelo N° 50X, Serie N°F570010, 120 Voltios	Unidad	1	1		

INVERSIONES CONTRERAS ARITA S. DE R.L.

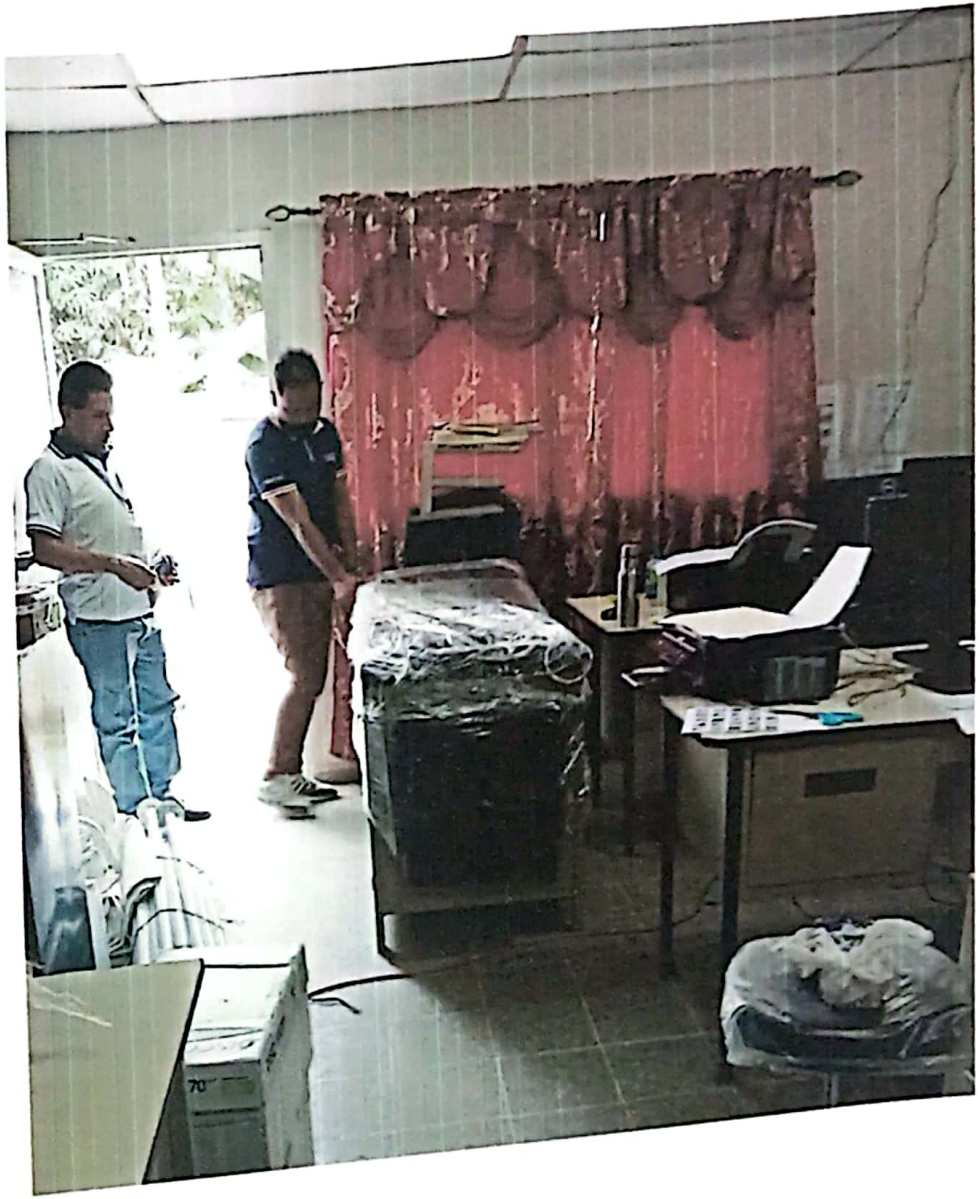
ENTREGADO POR

NOMBRE: Eluys Armando Reyes Bonilla

RECIBIDO POR

NOMBRE: Edenia B. Romero

LUGAR Y FECHA: Macuelizo 20/03/24



INVERSIONES CONTRERAS ARITA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA DE CAPITAL VARIABLE
INVERSIONES C.A. S DE R L DE C V
RTN: 05019008131694

CASA MATRIZ: Colonia Bogran, Calle: 7 Y 8, Casa No.: 11, Bloque: 1, San Pedro Sula, Cortés. Cel: 9436-6936 E-mail: implementos.medicos@hotmail.com

TIENDA PRINCIPAL
Colonia Buenos Aires. Condominio 2 de Hospital del Valle PRimer NIvel, local 11.
Tel 2527-8069 | 2527-1234
2527-8400 Ext. 7611 Cel 9476-4416
ventas@implementosmedicos.net

SUCURSAL #1
Colonia Gracias a Dios, Plaza Frente a Hospital Mario Catarino Rivas, Local 14
Color Anaranjado.Tel 2516-5082
Cel 9856-4623
ventas2@implementosmedicos.net

SUCURSAL #2
Avenida Circunvalación, Plaza Miramar
Local 1, frente a Hospital Bendaña
Tel 2540-1708
Cel 9984-9175
ventas3@implementosmedicos.net

FACTURA	000-004-01-00013595
CONDICIONES	CREDITO 0 Dias
FECHA	20/03/2024
VENCIMIENTO	20/03/2024
AGENTE	TIENDA HOSPITAL VALLE

NOMBRE DEL CLIENTE: O/C:
SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD (SESAL)
DIRECCION: MACUELIZO
RTN: 08019995239462 TELEFONO:

PRESENTACION	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	ISV	TOTAL
	CAMILLA GINECOLOGICA CON GAVETAS	1	L.13,826.09	L.0.00	15	L.13,826.09
	OXIMETRO DE PULSO JUMPER	2	L.486.96	L.0.00	15	L.973.91
	BANCO GIRATORIO CHANNEL MED	1	L.956.52	L.0.00	15	L.956.52
	ESTERILIZADOR TIPO OLLA 50X ALL AMERICAN	1	L.27,565.22	L.0.00	15	L.27,565.22

INVERSIONES CONTRERAS ARITA S. DE R.L.

FACTURADO POR: PREPARADO POR : ENTREGADO POR :

Favor elaborar cheque a nombre de: INVERSIONES CONTRERAS ARITA

La Factura es Beneficio de Todos, EXIJALA! GRACIAS POR SU PREFERENCIA!!

DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS	L.0.00
IMPORTE EXONERADO	L.0.00
IMPORTE EXENTO	L.0.00
IMPORTE GRAVADO 15%	L.43,321.74
IMPORTE GRAVADO 18%	L.0.00
ISV 15%	L.6,498.26
ISV 18%	L.0.00
Total	**L.49,820.00**

TOTAL EN LETRAS:
Son: CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE LEMPIRAS 00/100 M.N.

N° Correlativo de Orden de Compra Exenta:
N° Correlativo de la Constancia del Registro de
N° Identificativo del Registro
N° Identificativo de

FIRMA DE RECIBIDO CLIENTE

C.A.I : E514BC-6B60AD-514DAB-AE8E16-C10B5B-6E
Rango Autorizado : 000-004-01-00011001 al 000-004-01-00017000
Fecha Limite de Emision : 28/09/2024

E-MAIL: IMPLEMENTOS.MEDICOS@HOTMAIL.COM

COPIA

Original: Cliente - Copia: Obligado Tributario Emisor

Esta funcionalidad ya se encuentra disponible en la Aplicación Móvil del SAR.

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	05019008131694
Nombre o Razón Social:	INVERSIONES CONTRERAS ARITA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA DE CAPITAL VARIABLE
Nombre Comercial:	INVERSIONES C.A. S DE R L DE C V
Teléfono:	94366936
Email:	implementos.medicos@hotmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:COLONIA BOGRAN, CALLE: 7 Y 8, CASA NO.: 11, BLOQUE: 1, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: COLONIA BOGRAN, 7 Y 8, 1, No. 11, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES

GENERALES

Número del Documento:	000-004-01-00013595
Fecha de Autorización:	28/09/2023
Modalidad:	SFC en Red Fijo
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	28/09/2024
CAI:	E514BC-6B60AD-514DAB-AE8E16-C10B5B-6E
Desde (Rango Autorizado):	000-004-01-00011001
Hasta (Rango Autorizado):	000-004-01-00017000

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT

Cuenta N.°: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007531

18 de marzo de 2024 MACUELIZO

Lugar y Fecha

INVERSIONES CONTRERAS ARITA SRL DE CV

Páguese a la orden de 49,820.00 L

CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE CON CERO CENTAVOS

Cantidad en letras Lempiras

BANPAIS Siempre de tu lado.

Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100150⑆000090000250 3⑈00007531⑆

CONCEPTO DEL PAGO mpra de EQUIPO MEDICO Según Orden de Compra N° 21-2024: 1 Camilla Ginecológica, 2 Oximetros de pulso, 1 Giratorio, 1 Esterilizador, dicho Equipo Medico será asignado al ESFAM del Ciruelo (4 EQUIPOS) y ESFAM de CIS Macuelizo en seguimiento y cumplimiento a la Asepsia y Antisepsia en procedimientos Quirúrgicos, Atención de Calidad al Usuario y para la los servicios del primer Nivel de atención en salud.

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	PAGO DE Compra de EQUIPO MEDICO Según Orden de Compra N° 21-2024: 1 Camilla Ginecológica, 2 Oximetros de pulso, 1 Giratorio, 1 Esterilizador, dicho Equipo Medico será asignado al ESFAM del Ciruelo (4 EQUIPOS) y ESFAM de CIS Macuelizo (1 equipo), en seguimiento y cumplimiento a la Asepsia y Antisepsia en procedimientos Quirúrgicos, Atención de Calidad al Usuario y para la mejora de los servicios del primer Nivel de atención en salud.	49,820.00		

CHEQUE No. 00007531 BALANCE

INVERSIONES CONTRERAS ARITA S. DE R.L.

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO SANTA BARBARA

TESORERA MUNICIPAL

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME

Elvys Armando Reyes Bonilla

1701-1974-00062

2802508 M-0913 33

RNP

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE / FORENAME
ELVYS ARMANDO

APELLIDO / SURNAME
REYES BONILLA

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH
24-12-1973

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER
1701 1974 00062

NACIONALIDAD / NATIONALITY
HND

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY
24-12-2032

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

24 12 1973

RNP

3400000005600774

DOMICILIO / ADDRESS
SAN PEDRO SULA
CORTES

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0070086421<<<<<<<<<<<<<<<
7312243M3212242HND<<<<<<<<<<<4
REYES<BONILLA<<ELVYS<ARMANDO<<

El portador de este carné es empleado de esta institución, se ruega a las autoridades su colaboración en caso de ser necesario.

Este carné es propiedad de:

IMPLEMENTOS MEDICOS y más...

Teléfonos de Contacto:
(504) 2527-1234
(504) 2527-8069

Recursos Humanos

IMPLEMENTOS MEDICOS y más...

Elvys Reyes
I.D.N. 1701-1974-00062

Válido hasta el 31 de Diciembre del 2023
administración@implementosmedicos.net

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD-MACUELIZO
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO SB
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **EQUIPO DE SALUD FAMILIAR DE UAPS CIRUELO** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Cantidad	N° de Serie	Numero de Inventario	Costo unitario	Costo total
1	Camilla Ginecologica con gavetas color Marfil/Café	1			L 13,826.09	L 13,826.09
2	Oximetro de pulso marca Jumper, Model JPD-500D, Lote N°: (01) 06951740500203, (10) 202308040, Color Negro	1	Serie N°: (21) 9030500D060837		L 486.96	L 486.96
3	Banco Giratorio marca Channel MED Color plateado con negro	1			L 956.52	L 956.52
4	Esterilizador tipo olla, Marca All American, Modelo N° 50X, 120 Voltios	1	Serie N°F570010		L 27,565.22	L 27,565.22
.....UL.....						
					Sub-Total	L 42,834.78
					ISV	L 6,425.22
					Total	L 49,260.00

Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no esten establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades de la Red de Salud de Macuelizo.

Declaro haber recibido los Equipos arriba descritos tal y como se indica en este documento, los que utilizaré en el desempeño de mi empleo, por lo que me hago responsable por la pérdida o deterioro de cualquiera de los artículos debido a negligencia o descuido de mi parte. En caso de pérdida por causas imputables a mi persona autorizo a la Alcaldía Municipal de Macuelizo y a la Administradora del Proyecto, para que [illegible]zcan de mis prestaciones o sueldo pendiente el valor del bien extraviado.

Macuelizo, Santa Barbara, 22/ Marzo/2024

ENTREGADO POR
NOMBRE: Edenia B. Romero
CARGO: Administradora.

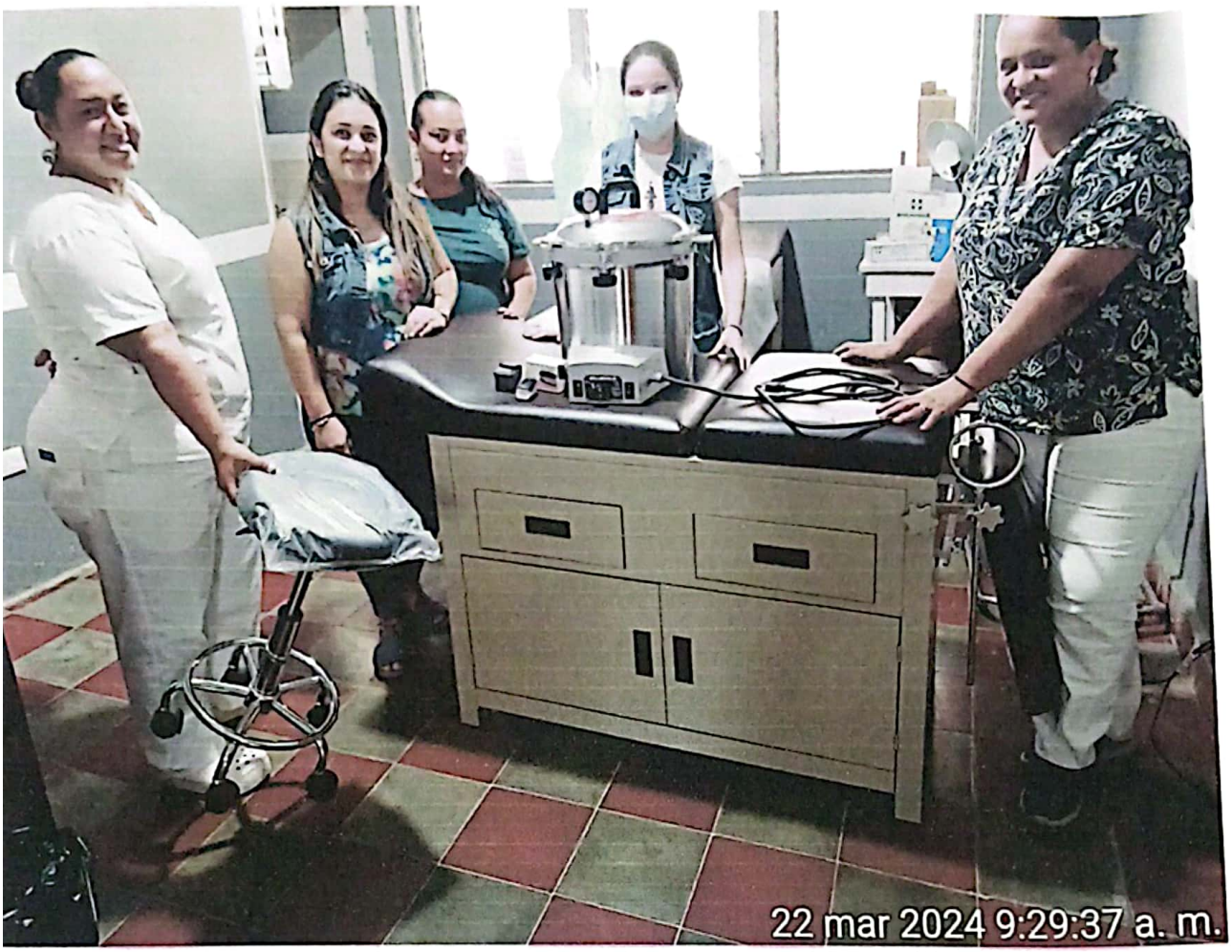
RECIBIDO POR
NOMBRE: Marta Clarisa Banegas
CARGO: Auxiliar de enfermeria

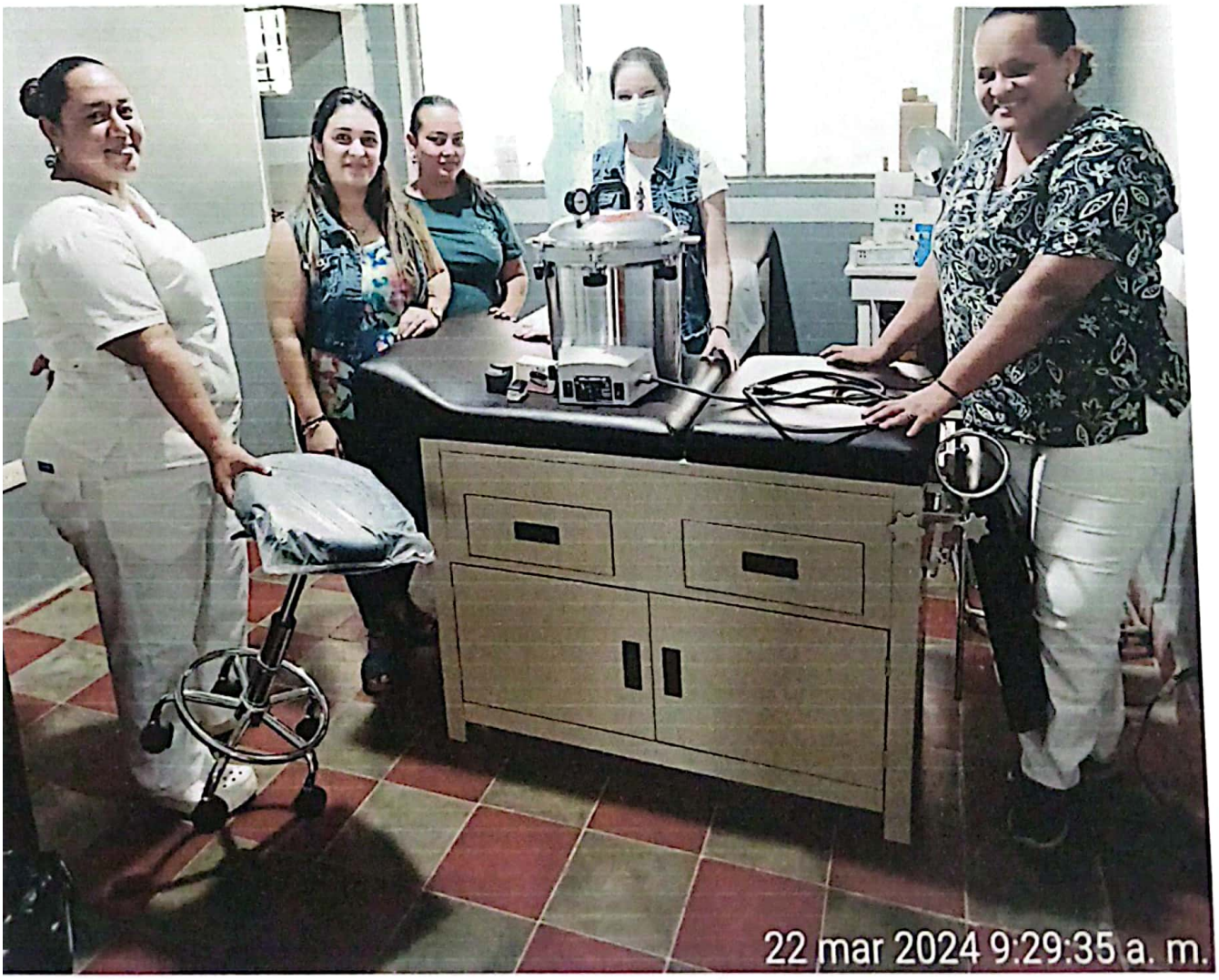
RECIBIDO POR
NOMBRE: Maria de los Angeles
CARGO: AE

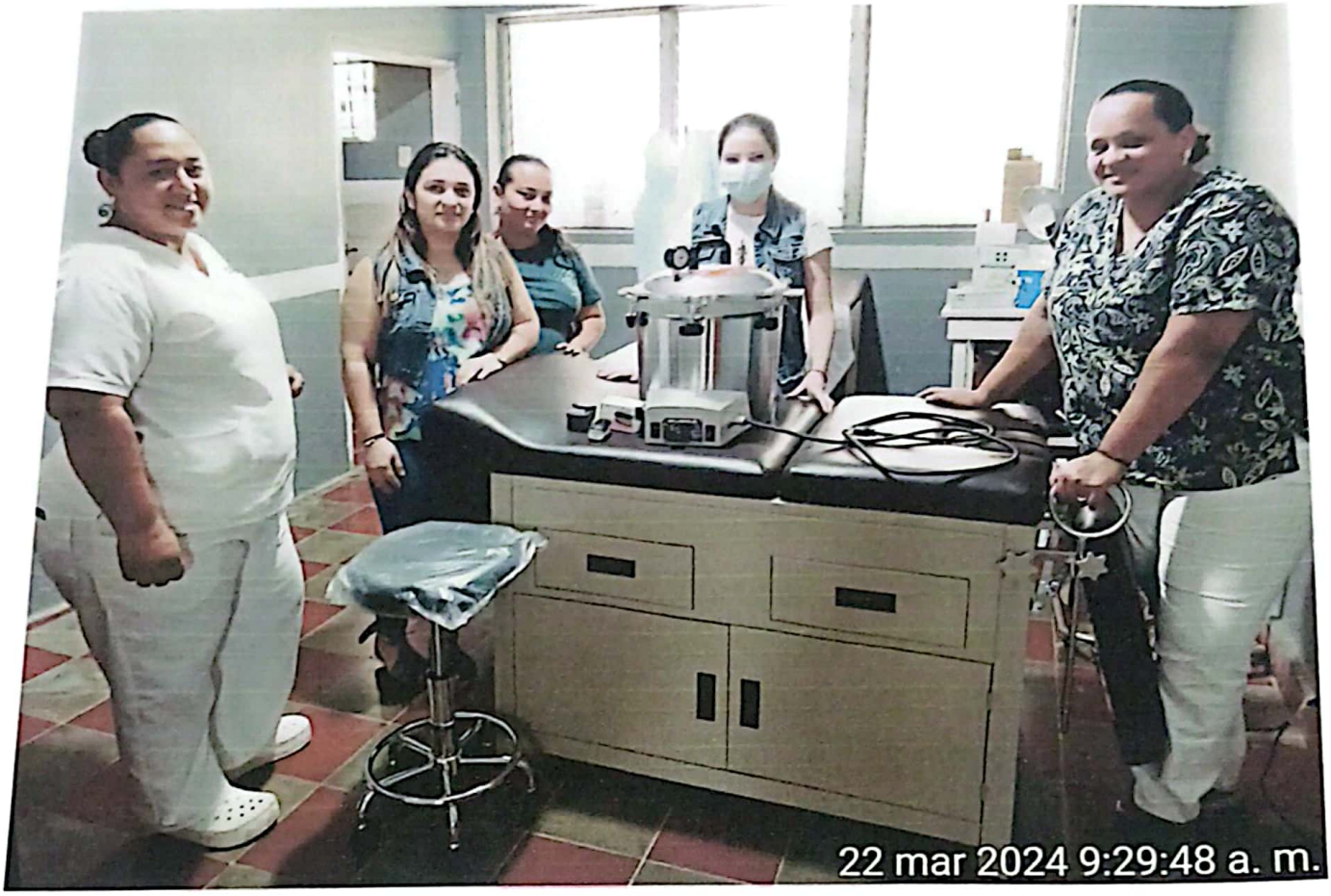
RECIBIDO POR
NOMBRE: Fanny Fabiola Peidomo
CARGO: SS.

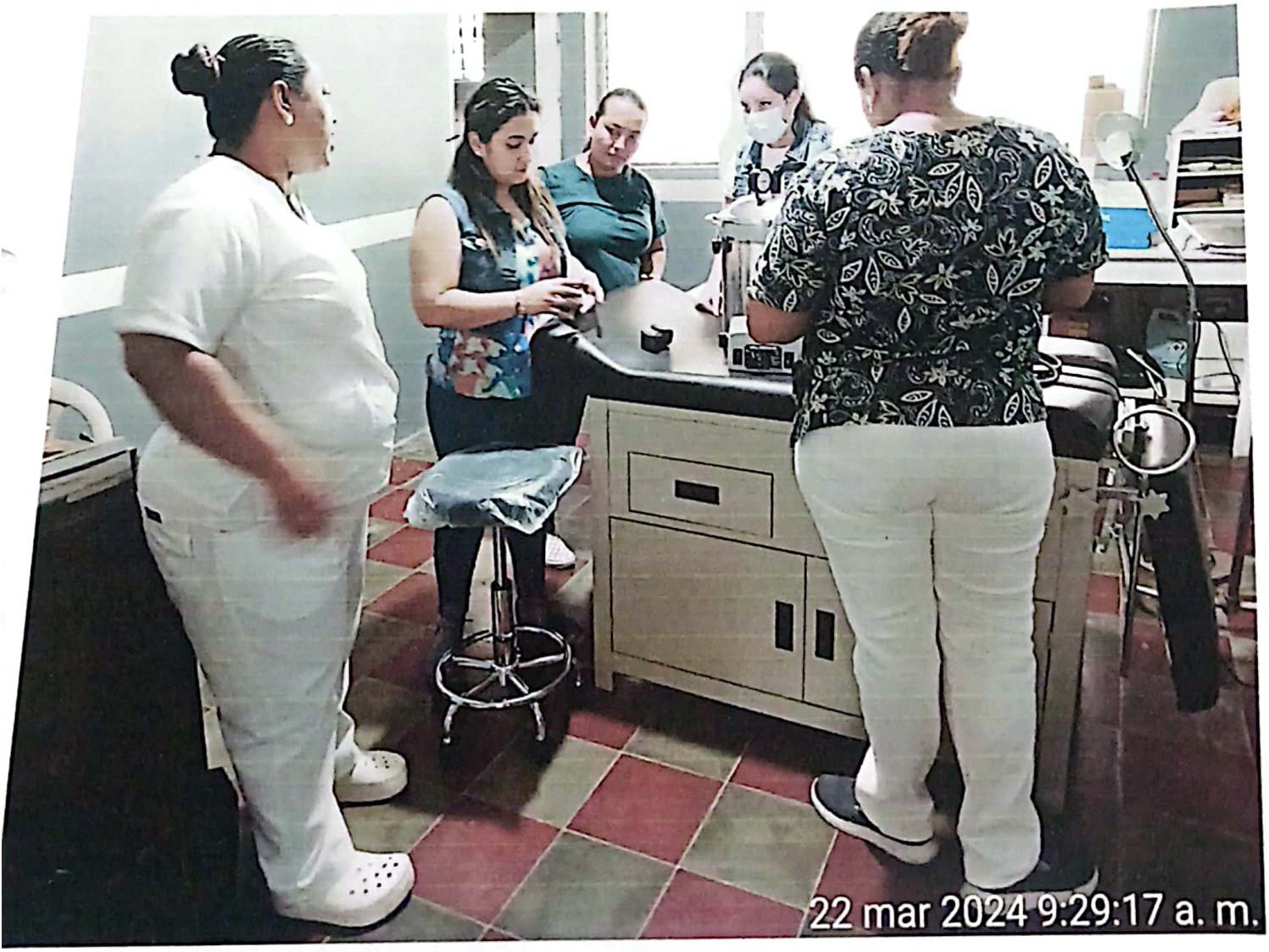
RECIBIDO POR
NOMBRE: Nelly Moncis
CARGO: Medico General

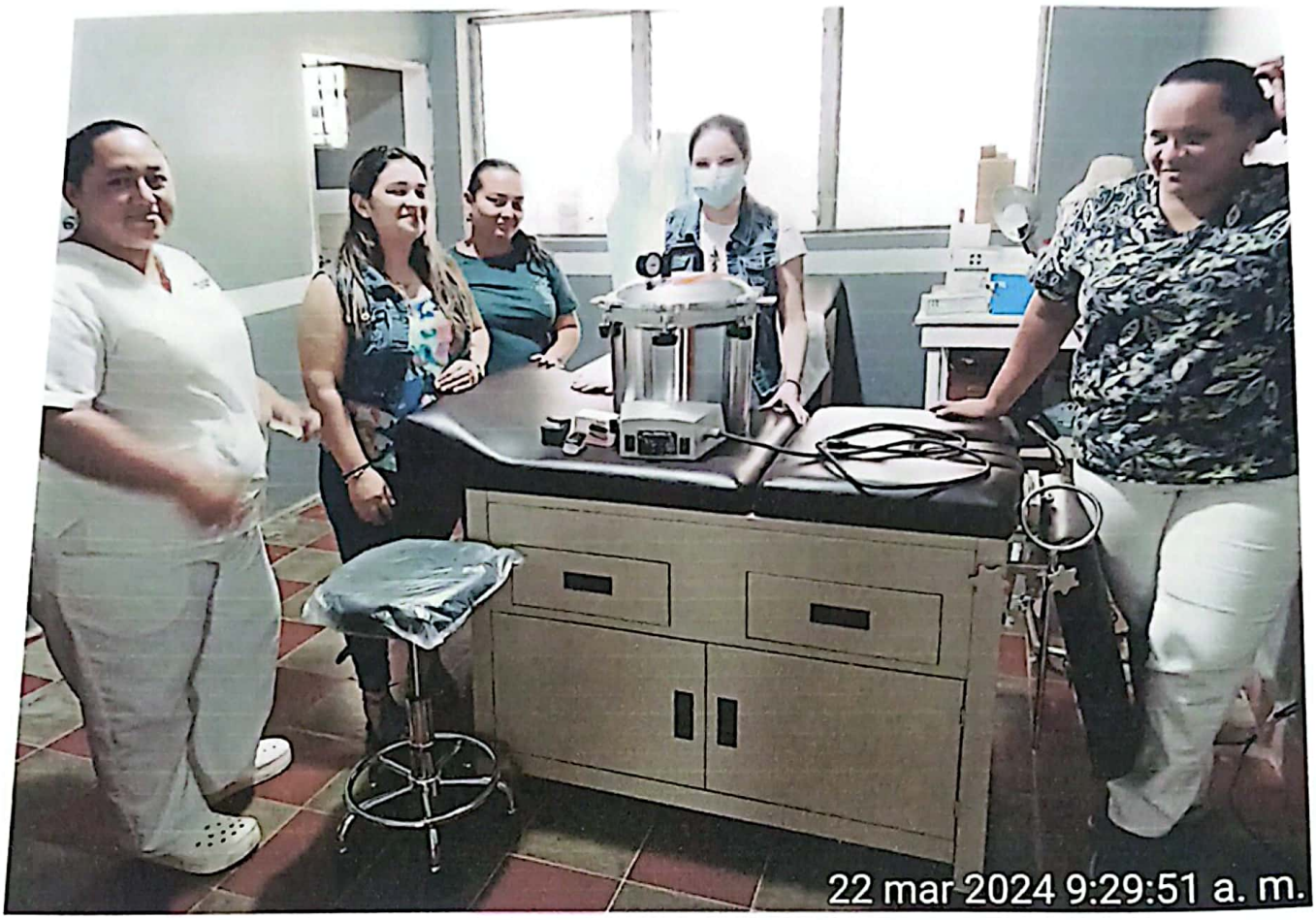
RECIBIDO POR
NOMBRE:
CARGO:

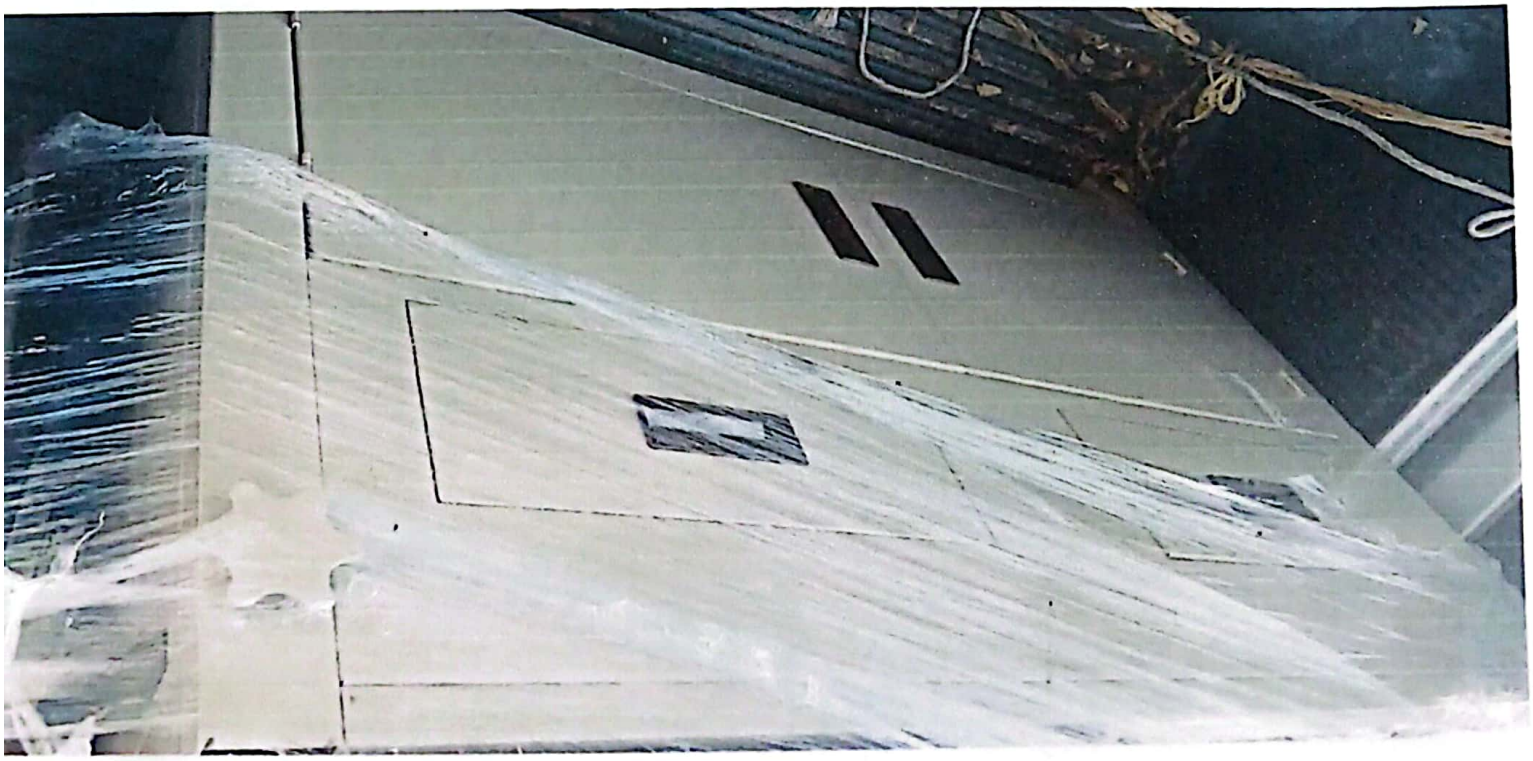












Secretaría de Salud
Modelo Descentralizado de Salud Macuelizo
Control de Inventario de Activos Asignados a RRHH, Adquiridos en el Año 2024.

No.	Establecimiento de Salud	N° de Inventario	Modo de Adquision	N° de Orden de Compra	N° de Cheque	N° de Factura	Valor de Adquisicion	Cantidad	Descripcion	Especificaciones del Activo		Ubicación y Reponsable del Activo	N° de Identidad	Cargo	Area de Ubicación del Bien	Estado del Activo		
										No. De Serie o Placa	Color	Nombre Completo de a quien fue asignado el Activo				Optimo	Bueno	Malo
1	UAPS Ciruelo		Compra	9243	7531	13595	L 15,900.00	1	Camilla Ginecologica con gavetas, sin marca		Marfil/Café	Maria de los Angeles Martinez Rios	1613-1990-00246	Auxiliar de enfermeria Permanente	Consultorio Medico	x		
2	UAPS Ciruelo		Compra	9243	7531	13595	L 560.00	1	Oximetro de pulso marca Jumper, Model JPD-500D, Lote N°: (01) 06951740500203, (10) 202308040	Serie N°: (21) 9030500D060837	Negro	Maria de los Angeles Martinez Rios	1613-1990-00246	Auxiliar de enfermeria Permanente	Pre-clinica	x		
3	UAPS Ciruelo		Compra	9243	7531	13595	L 1,100.00	1	Banco Giratorio marca Channel MED		Plateado/ Negro	Maria de los Angeles Martinez Rios	1613-1990-00246	Auxiliar de enfermeria Permanente	Consultorio Medico	x		
4	UAPS Ciruelo		Compra	9243	7531	13595	L 31,700.00	1	Esterilizador tipo olla, Marca All American, Modelo N° 50X, 120 Voltios	Serie N°F570010	Plateado	Maria de los Angeles Martinez Rios	1613-1990-00246	Auxiliar de enfermeria Permanente	Pos-Clinica	x		

Maria de los Angeles
Ale

Marta Banegas
Ale

Fanny Peidomo
S.S

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD-MACUELIZO
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO SB
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **EQUIPO DE SALUD FAMILIAR DE CIS MACUELIZO** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Cantidad	Nº de Serie	Numero de Inventario	Costo unitario	Costo total
1	Oximetro de pulso marca Jumper, Model JPD-500D, Lote N°: (01) 06951740500203, (10) 202308040, Color Negro	1	Serie N°: (21) 9030500D060835		L 486.96	L 486.96
	.....UL.....				Sub-Total	L 486.96
					ISV	L 73.04
					Total	L 560.00

Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no esten establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades de la Red de Salud de Macuelizo.

Declaro haber recibido los Equipos arriba descritos tal y como se indica en este documento, los que utilizaré en el desempeño de mi empleo, por lo que me hago responsable por la pérdida o deterioro de cualquiera de los artículos debido a negligencia o descuido de mi parte. En caso de pérdida por causas imputables a mi persona autorizo a la Alcaldía Municipal de Macuelizo y a la Administradora del Proyecto, para que deduzcan de mis prestaciones o sueldo pendiente el valor del bien extraviado.

Macuelizo, Santa Barbara, 22/03/2024

SECRETARIA DE SALUD REGION DEPTAL No. 18 UAPS MACUELIZO SANTA BARBARA

ENTREGADO POR

NOMBRE: Gladys Araely Rodas
CARGO: HCO

RECIBIDO POR

NOMBRE: Francisco Javier Díaz Pineda
CARGO: AIESS Francisco Díaz

RECIBIDO POR

NOMBRE:
CARGO:

TESTIGO

NOMBRE: Yanelth Navarrete
CARGO: Estadígrafa

Secretaria de Salud
Modelo Descentralizado de Salud Macuelizo
Control de Inventario de Activos Asignados a RRHH, Adquiridos en el Año 2024.

No.	Establecimiento de Salud	N° de Inventario	Modo de Adquision	N° de Orden de Compra	N° de Cheque	N° de Factura	Valor de Adquisicion	Cantidad	Descripcion	Especificaciones del Activo		Ubicación y Reponsable del Activo	N° de Identidad	Cargo	Area de Ubicación del Bien	Estado del Activo		
										No. De Serie o Placa	Color	Nombre Completo de a quien fue asignado el Activo				Optimo	Bueno	Malo
1	CIS MACUELIZO		Compra	9243	7531	13595	L 560.00	1	Oximetro de pulso marca Jumper, Model JPD-500D, Lote N°: (01) 06951740500203, (10) 202308040, Color Negro	Serie N°: (21) 9030500D06 0835	Negro	Gladis Aracely Arita	1403-1980-00102	Auxiliar de enfermeria Contrato	Pre-clinica	x		

SECRETARIA DE SALUD REGION DEPTAL No. 18 UAPS MACUELIZO SANTA BARBARA

ALE Gladis A

Francisco Diaz
ALEBS

Honduras, C.A.

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Emisión: 15/03/2024
Hora : 10:33 a.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9244
L.: 2,231.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7452
Fecha de Emision: 15/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7532
Paguese a: ELVIRA IZAGUIRRE MELENDEZ Id/RTN: 16161955001488
La Cantidad en Letras: DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Compra de Instrumental y materiales para Laboratorio Clínico de CIS Sula Según Orden de Compra N° 22-2024 (1000 Viales, 2 Termómetros de Refrigeración y 2 Cronómetros de 4 tiempos) dichos Viales son para conservar las muestras de sueros a embarazadas en congelación por vigilancia de Chagas y envió de muestras a Laboratorio Regional, los Instrumentos son para llevar el control de la Temperatura de reactivos y pruebas rápidas y llevar el tiempo de los procedimientos, dicha compra es en cumplimiento a la cartera de servicios del primer Nivel de atención en salud.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 39520 14-012-01	Instrumental y Material para Laboratorio	2,231.00

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	2,231.00
	Monto Total:	2,231.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	2,231.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	2,231.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde(sa)

Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por: 050119
Identidad No.: 0501199109208

0s+js/j9JmexcG081jfMIvyITtoXiFsHkyX6+/b6JQ...s0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jIkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdleqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0kSdY=

Salud

HONDURAS

MUNICIPALIDAD MACUELIZO SANTA BÁRBARA
LABORATORIO CLÍNICO CIS SULA MACUELIZO

SOLICITUD

01 FEBRERO 2024

Licda. Edenia Beatriz Romero

Reciba un cordial saludo

Atentamente me dirijo a usted para solicitar:

- 2 extensiones eléctricas para conectar en la planta cuando se va la energía.
- 2 cronómetros de 4 tiempos.

A espera de su respuesta, muy atentamente.

Secretaría de Salud de Honduras
Laboratorio Clínico
CIS-SULA S.B.

Daysi Lara/ Cecilia Almendares
Técnico en Laboratorio Clínico CIS Sula

SECRETARÍA DE SALUD
U.S. SULA
REGIÓN SANITARIA No 16
MACUELIZO SANTA BÁRBARA
HONDURAS

Coordinadora del CIS
Dra. Cindy Diaz

Salud
Gobierno de la República

HONDURAS

MUNICIPALIDAD MACUELIZO SANTA BARBARA.
LABORATORIO CIS SULA MACUELIZO SANTA BARBARA

SOLICITUD

11 MARZO del 2024

Reciba un cordial saludo.
Licda. Edenia Beatriz Romero

La presente es para solicitar la compra de lo que a continuación se describe:

N.º	MATERIAL DE LABORATORIO	PRESENTACION	CANTIDAD	MARCA
1	Viales	Unidad	1,000	
2	Termómetro para refrigeradora	Unidad	2	

Los viales son para conservar muestra de sueros de embarazadas en congelación, ya que se está retomando la vigilancia de Chagas, el cual nos piden captar todas las embarazadas y enviar todas las muestras a Laboratorio Regional Santa Bárbara.

El termómetro lo solicitamos porque el que tenemos ya no funciona correctamente y necesitamos llevar el control de temperatura para los reactivos y pruebas rápidas y también para colocar en el termo para trasaldo de muestras.

A espera de su repuesta.

Coordinadora del CIS
Dra. Cindy Díaz

Daysi Lara / Cecilia Almendares
Técnico de Laboratorio

Secretaría de Salud de Honduras
Laboratorio Clínico
SULAS. B.

TECNOMEDIC

RTN: 16161955001488
Oficina Principal: 13 calle 8 avenida S.O. Bo. Paz Barahona,
Telf. +504 2550-4025 / +504 2550-7966 / +5049431-2300
E-mail: tecnomedichn@gmail.com

TECNOMEDIC
MATERIALES Y REACTIVOS PARA LABORATORIOS

Cliente:	0491 - ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO
RTN	16139011360075
Direccion	MACUELIZO, SANTA BARBARA
Teléfonos:	9668-9382

Cotización **00004772**

Cantidad	Código	Nombre del artículo	Precio Unitario	Descuentos y Rebajas otorgados	Total neto
2	500-2ML-PET	VIALES CONICOS 2ML - BOLSA 500 UNIDADES	300.00	0.00	600.00
2	02-03-000086	TERMOMETRO DE REFRIGERACION	120.00	0.00	240.00
2	002-2570	RELOJ DE 4 TIEMPOS CON ALARMA	550.00	0.00	1,100.00

U.L.

TECNOMEDIC Tels. 2550-4025 2550-7966 Fax: 2550-0994 San Pedro Sula, Honduras, C.A.

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO

HECTOR BONILLA

Sub Total :	1,940.00	**(-) Descuento:**	0.00
Impuesto:	291.00	**Total Final:**	2,231.00L

son: DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UNO CON 00/100 L

SECRETARIA DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 22-2024

viernes 15 de marzo de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
TECNOMEDIC	**ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD**

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
1	1	Viales	Bolsa de 500 Unidades	2	L 300.00	L 600.00
2	2	Termometro para Refrigeracion	Unidad	2	L 120.00	L 240.00
3	3	Cronometro/Reloj de 4 Tiempos con alarma	Unidad	2	L 550.00	L 1,100.00
					Sub-Total	**L 1,940.00**
					Impuesto	**L 291.00**
					Total	**L 2,231.00**

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR GESTOR
ADMINISTRACION	**COORDINACION**	**ALCALDESA**
Licda. Edenia Romero	**Lic. Ever Garcia**	**Licda. Suyapa Jacqueline Trejo**

RECIBIDA LA O.C POR PROVEEDOR

TECNOMEDIC Tels: 2550-4025 2550-7968 Fax: 2550-0004 San Pedro Sula, Honduras, C.A.

Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION

Nombre del Proveedor: TECNOMEDIC
Numero Orden de Compra: 22-2024

DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cant. Según Orden	Cantidad recibida	Diferencia	Fecha de Vencimiento
1	Viales	Bolsa de 500 Unidades	2	2	—	
2	Termometro para Refrigeracion	Unidad	2	2	—	
3	Cronometro/Reloj de 4 Tiempos con alarma	Unidad	2	2	—	

TECNOMEDIC, S. de R.L. Tels 2550-4025 2550-7968 Fax. 2550-0994 San Pedro Sula, Honduras, C.A.

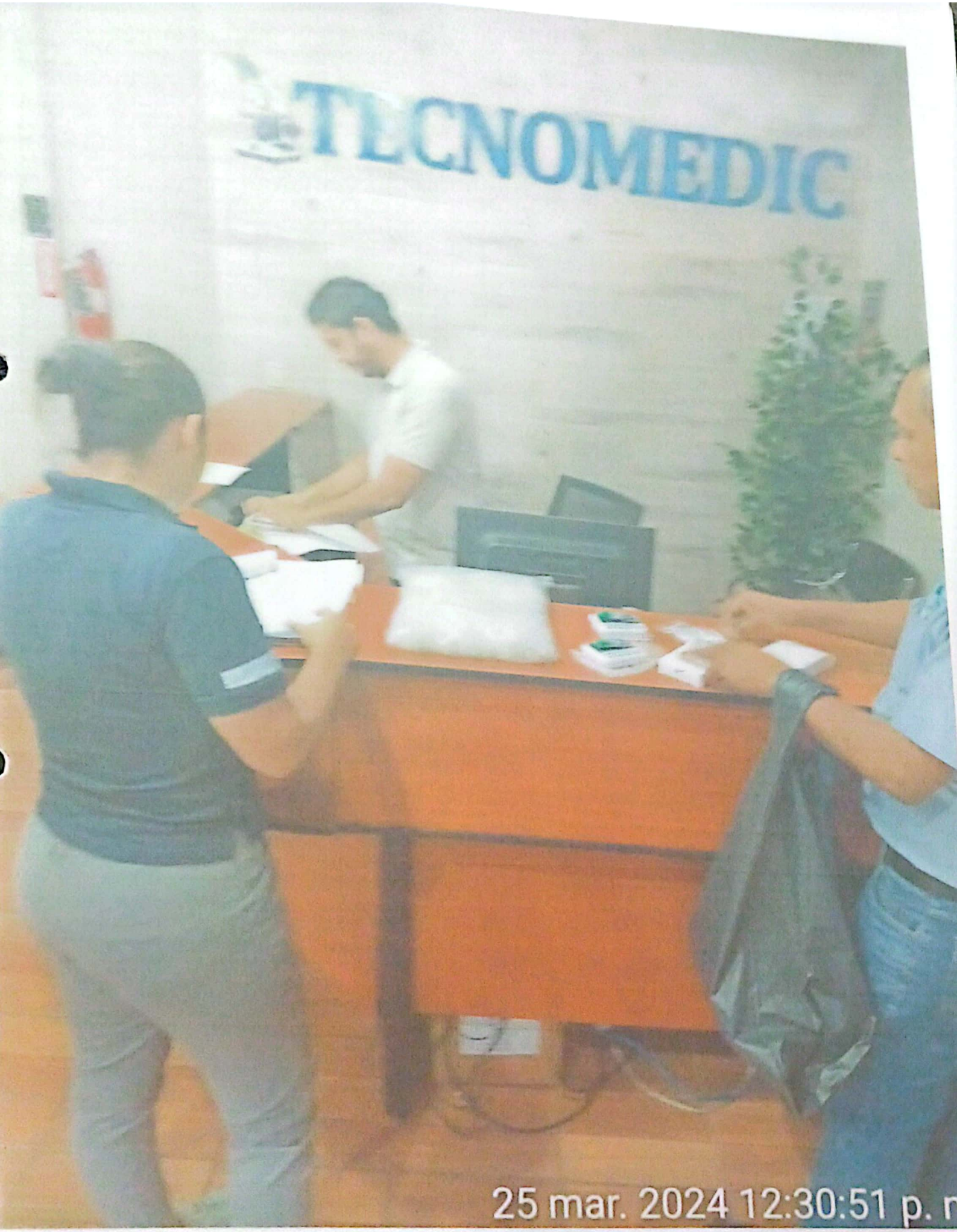
ENTREGADO POR

NOMBRE: Miguel Ortiz

RECIBIDO POR

NOMBRE: Mersy Mejía.

LUGAR Y FECHA: 25-03-24.



TECNOMEDIC

RTN: 16161955001488

Oficina Principal. Oficina Principal. 13 calle 8 avenida S.O. Bo. Paz Baraluna,
Telf. +504 2550-4025 / +504 2550-7866 / +5049431-2300
E-mail: tecnomedichn@gmail.com

TECNOMEDIC

Cliente:	0491 - ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO
RTN	16139011360075
Direccion	MACUELIZO, SANTA BARBARA
Teléfonos:	9669-9382

Factura # 000-001-01-00052438

CAI: 9FADA2-156E29-B545A9-5B4FA8-6C55ED-11
Rango Autorizado: 000-001-01-00051201 al 00060200
Fecha Limite de Emision: 30/01/2025

Condiciones de la Transacción	Fecha Emision	Orden/Compra	Vencimiento	Nombre del vendedor
CREDITO a 0 Dias	25/03/2024		25/03/2024	HECTOR BONILLA

Cantidad	Código	Nombre del artículo	Precio Unitario	Descuentos y Rebajas otorgados	Total neto
2	500-2ML-PET	VIALES CONICOS 2ML - BOLSA 500 UNIDADES.	300.00	0.00	600.00
2	02-03-000086	TERMOMETRO DE REFRIGERACION.	120.00	0.00	240.00
2	002-2570	RELOJ DE 4 TIEMPOS CON ALARMA.	550.00	0.00	1,100.00

U.L.

PAGADO
TECNOMEDIC

Observaciones:

Total Articulos: 6

Forma de Pago:

Monto en Lempiras (Lps.)		
Sub Total	L.	1,940.00
Descuentos y Rebajas	L.	0.00
Importe Exento	L.	0.00
Importe Exonerado	L.	0.0,
Importe Gravado al 18%	L.	0.00
Importe Gravado al 15%	L.	1,940.00
I.S.V. 18%	L.	0.00
I.S.V. 15%	L.	291.00
VENTA TOTAL	L.	2,231.00
SALDO PENDIENTE:	L.	2,231.00

Recibi conforme
Nombre, Firma & Sello

Entregado por
Nombre, Firma & Sello

Son: L. DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UNO CON 00/100

Datos del adquiriente exonerado:

Numero correlativo de la Orden de Compra Exenta:
Numero correlativo de la Constancia del Registro de Exonerado:
Numero correlativo de la Secretaria de Agricultura y Ganaderia:

"Nota: No se aceptan cambios ni devoluciones despues de 7 dias"

"Original / Cliente Copia / Emisor"

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16161955001488
Nombre o Razón Social:	ELVIRA IZAGUIRRE MELENDEZ
Nombre Comercial:	TECNOMEDIC
Profesión u Oficio:	CONTADOR PUBLICO
Teléfono:	25504025 94312300
Email:	tecnomedichn@gmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:BARRIO PAZ BARAHONA, CALLE: 13, 8 AVENIDA, CASA NO.: 30, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: BARRIO PAZ BARAHONA, 13, 8 AVENIDA, No. 30, MUNICIPIO: SAN PEDRO SULA, DEPARTAMENTO: CORTES

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00052438
Fecha de Autorización:	30/01/2024
Modalidad:	SFC Independiente Fijo
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	30/01/2025
CAI:	9FADA2-156E29-B545A9-5B4FA8-6C55ED-11
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00051201
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00060200

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075

Salud
Gobierno de la República

MACUELIZO SANTA BARBARA

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Tecnicos en Laboratorio del CIS de Sula** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Viales	Bolsa de 500 Unidades	2	300.00	L 600.00
2	Termometro para Refrigeracion	Unidad	2	120.00	L 240.00
3	Cronometro/Reloj de 4 Tiempos con alarma	Unidad	2	550.00	L 1,100.00
				SUB TOTAL	L. 1,940.00
				15% ISV	L. 291.00
				TOTAL	L. 2,231.00

Nota: Dichos insumos seran manejados bajo cardex

Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26-03-2024

Secretaria de Salud de Ho... Laboratori... Clinic... SIS-SU...

ENTREGADO POR
NOMBRE: Meozy Mejía
CARGO: Asist. Admón.

Doysi Lora
RECIBIDO POR
NOMBRE: Doysi Lora
CARGO: Tec laboratorio.

RECIBIDO POR
NOMBRE: Ceulio Almendares
CARGO: Tec Laboratorio Clinico

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 16161955001488

ELVIRA IZAGUIRRE MELENDEZ
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	✓	Productores Importadores de Cigarrillos	
Importador	✓	Productor Alcoholes Licores	
Exportador		Distribuidor Alcoholes Licores	
Imprentas		Importador Alcoholes Licores	
Prestamista			

Fecha de Emisión: 20110126

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto Nº 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto Nº 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto Nº 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 33 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003 Art. 3 Decreto de [illegible] Nº 14 del 15 de Enero de 1973 publicada en el Diario Oficial la Gaceta Nº [illegible] del Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.

Director Ejecutivo

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

JEFATURA DEPTO. ASISTENCIA AL CONTRIBUYENTE

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento DEI-412- 556193 Transacción: F6EFB2

REPÚBLICA DE HONDURAS
SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE RENTAS
REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL

No. Documento
413-3952589

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN

El Servicio de Administración de Rentas, a través del Departamento de Asistencia al Cumplimiento de la DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE, hace de su conocimiento que:

ELVIRA IZAGUIRRE MELENDEZ
Nombre, Razón o Denominación Social
TECNOMEDIC
Nombre Comercial
16161955001488
R.T.N.

Con domicilio o establecimiento ubicado en: Barrio: BARRIO PAZ BARAHONA, Calle: 13, 8 AVENIDA, Sector: S.O, Casa N°: 30. Municipio SAN PEDRO SULA, departamento CORTES, está inscrito en el(los) Registro(s) de:

VENTAS Y/O SELECTIVO	☑	ALCOHOLES	☐	IMPORTADORES	☑
IMPRENTAS	☐	MÁQUINAS TRAGAMONEDAS	☐	EXPORTADORES	☐
PRESTAMISTA NO BANCARIO	☐	TRANSPORTISTAS	☐		

Dado en la ciudad de SINUAPA a los 22 días del mes de Marzo de 2023.

Fecha Emisión: 22/03/2023 Fecha Vencimiento: 22/03/2024

Director Ejecutivo

SAR

837A1F

ARSA
Gobierno de la República

HONDURAS

LICENCIA SANITARIA

HN-LED-1217-0015

AUTORIZADA PARA:

IMPORTAR, ALMACENAR, COMERCIALIZAR, DISTRIBUIR, ACONDICIONAR, TRANSPORTAR DE EQUIPO Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO, DE ANÁLISIS DE LABORATORIO CLÍNICO Y PREPARAR REACTIVOS DE LABORATORIO.

NÚMERO DE EXPEDIENTE: **ARSA-0917-L-0064**
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: **TECNOMEDIC**
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: **BARRIO PAZ BARAHONA 13 CALLE 8 AVENIDA S.O SAN PEDRO SULA**
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: **ELVIRA IZAGUIRRE MELENDEZ**
FECHA DE EMISIÓN: **28/12/2023**

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO
28/12/2027

Dra. Daisy Betsayda Torres Rivera
Directora Nacional De Dispositivos Médicos
Agencia de Regulación Sanitaria

ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDOR.

Calle Los Alcaldes, frente al Citu Mall, www.arsa.gob.hn

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-5994

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **IZAGUIRRE MELENDEZ ELVIRA**
Con Registro Tributario Nacional: **16161955001488**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-5994 en fecha 05/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418380224 de fecha 05/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la Presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA,** para el período 202401, según Declaración 27729431082, presentada el 28/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ , ingresando el número **201-24-10500-5994** o mediante el siguiente código QR:

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL

151-24-10500-3186

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **IZAGUIRRE MELENDEZ ELVIRA**
Con Registro Tributario Nacional: **16161955001488**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-3186 en fecha 29/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418719821 de fecha 29/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de noventa días calendario a partir de la fecha 29/01/2024 hasta 27/04/2024, **la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del Decreto 113-2011.**

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ , ingresando el número **151-24-10500-3186** o mediante el siguiente codigo QR:

Constancia de Inscripción
Registro de Proveedores
del Estado

La Infrascrita Secretaria General de la **OFICINA NORMATIVA DE CONTRATACIÓN Y ADQUISICIONES DEL ESTADO, CERTIFICA** la resolución que literalmente dice: **RESOLUCION No. 2296-2021 DIRECCION OFICINA NORMATIVA DE CONTRATACIÓN Y ADQUISICIONES DEL ESTADO.** Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, . **VISTA:** Para resolver la constancia de inscripción en fecha 13/07/2021 10:10:32 a.m.. Por la Comerciante Individual Nacional TECNOMEDIC. Con el fin de obtener la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratista del Estado. Actuando como Apoderado Legal al abogado ALEYDA SUYAPA BARAHONA BORJAS, Inscrito en el Colegio de Abogados de Honduras bajo el Número 4977 **CONSIDERANDO:** Que el interesado acompañó a su solicitud los documentos requeridos y previstos en el artículo 60 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, para la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas que para tal efecto le concierne a esta Oficina; y habiéndose efectuado la respectiva revisión de los mismos, de acuerdo con la información proporcionada, corresponde inscribir debidamente en el Registro precitado, en el área de actividad relativa a Bienes y Servicios . **POR TANTO: LA DIRECCIÓN DE LA OFICINA NORMATIVA DE CONTRATACIÓN Y ADQUISICIONES DEL ESTADO**, en aplicación de los Artículos 116, 120 y 122 de la Ley General de la Administración Pública; 1, 2, 22, 23, 24, 25, 26, 56, 60 literal b), 61 y 83 de la Ley de Procedimiento Administrativo; 1, 31 numeral 1), 34, 36, 37, 64 y 94 de la Ley de Contratación del Estado; 1, 2, 23, 29, 33, 34, 36, 43 reformado, 54, 55 literal a), 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64 y 69 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado. **RESUELVE: PRIMERO:** Inscribir debidamente bajo el Número 2296 en el área de actividad relativa a Bienes y Servicios . En el Registro de Proveedores y Contratistas, a la Comerciante Individual Nacional **TECNOMEDIC.** Con **R.T.N. 16161955001488** y con domicilio en la Ciudad de San Pedro Sula, Departamento de Cortes y que una vez formalizada la presente Resolución, la Secretaría de esta Oficina extienda al interesado la Certificación Íntegra de la misma. Conforme a los artículos 66 último párrafo y 67 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, corresponderá a los respectivos órganos responsables de la contratación, tanto la evaluación de la capacidad de ejecución como la comprobación de datos referentes a la idoneidad técnica, profesional; y solvencia económica-financiera suministrados por la Comerciante Individual Nacional precitado. Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo precedente, la descripción de áreas de actividad no limita la posibilidad de que esta Comerciante Individual Nacional se desempeñe en otras áreas, en que tenga capacidad y dé cumplimiento a los requisitos exigidos por la Ley.

SEGUNDO: al órgano contratante se informa:

Fecha de Emisión: 15 diciembre 2021, 17:21 Válido por 1095 días.

Código Verificación:

Comerciante Individual Nacional	**TECNOMEDIC**
No. de Resolución	**2296-2021**
No. de Certificación	**2296**
Fecha Fin de Vigencia del Certificado	**15/12/2024**
Área de Actividad	**Bienes y Servicios**
Rubro	**Equipos para formaci¿n y estudios de medicina, Alquiler de equipo sanitario y de laboratorio, Medidor de la presi¿n sangu¿nea veterinaria, Tijeras para vendajes**
Registro Tributario Numérico	**16161955001488**
Domicilio Legal	**Honduras, Cortes, San Pedro Sula**
Dirección	**B. Paz Barahona, Edificio Tecnomedic, Edificio Azul de esquina en 13 calle 8 avenida.**
Teléfono	**2550 7966**
Correo Electrónico	**aleyda_barahona@yahoo.com**

Fecha de Emisión: 15 diciembre 2021, 17:21 Válido por 1095 días.

Código Verificación:

TERCERO: La presente Resolución de Inscripción tendrá una vigencia de tres (3) años, a partir de esta fecha; antes del vencimiento de este plazo podrá ser renovada a solicitud del interesado. El proveedor inscrito tendrá la obligación de realizar la actualización de los datos correspondientes. Sin embargo, esta Inscripción podrá ser cancelada en los casos que dispongan la Ley de Contratación del Estado, su Reglamento y otras disposiciones legales. **COMUNIQUESE. Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado. (f). LIC. HIWY DANELY ESTRADA ÁVILA. DIRECTORA de la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado.**

Y para los fines legales consiguientes, se extiende la presente **CONSTANCIA** en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central.

LIC. HIWY DANELY ESTRADA ÁVILA
DIRECTORA

CC.HDEA

Verificar en:
http://www.honducompras.gob.hn

Para comprobar la validez del documento ingresar al siguiente enlace:
http://sicc.honducompras.gob.hn/oncaecertificado/Certificado.aspx?certificacion=numerocertificacion

Fecha de Emisión: 15 diciembre 2021, 17:21	Válido por 1095 días.

Código Verificación:

ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.°: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007532

18 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

ELVIRA IZAGUIRRE MELENDEZ 2,231.00
Páguese a la orden de L

DOS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN CON CERO CENTAVOS
Cantidad en letras Lempiras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆01001150⑆00109000025 03⑈00007532

CONCEPTO DEL PAGO mpra de Instrumental y materiales para Laboratorio Clínico de CIS Sula Según Orden de Compra N° 22-2024 (100 Termómetros de Refrigeración y 2 Cronómetros de 4 tiempos) dichos Viales son para conservar las muestras de sueros a emba congelación por vigilancia de Chagas y envió de muestras a Laboratorio Regional, los Instrumentos son para llevar el control de l Temperatura de reactivos y pruebas rápidas y llevar el tiempo de los procedimientos, dicha compra es en cumplimiento a la carter servicios del primer Nivel de atención en salud.

PAGO DE Compra de Instrumental y materiales para Laboratorio Clínico de CIS 2,231.00

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	Sula Según Orden de Compra N° 22-2024 (100 Termómetros de Refrigeración y 2 Cronómetros de 4 tiempos) dichos Viales son para conservar las muestras de sueros a embarazadas en congelación por vigilancia de Chagas y envió de muestras a Laboratorio Regional, los Instrumentos son para llevar el control de la Temperatura de reactivos y pruebas rápidas y llevar el tiempo de los procedimientos, dicha compra es en cumplimiento a la cartera de servicios del primer Nivel de atención en salud.			

CHEQUE No. 00007532 BALANCE

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA TESORERA MUNICIPAL

RECIBIDO POR

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

AUTORIZADO POR

0501199700 08

RECIBI CONFORME

TECNOMEDIC Tels: 2550-4025 2550-7966 Fax: 2550-0984 San Pedro Sula, Honduras, C.A.

2802508 M-0913 33

RNP

3400000000644396

DOMICILIO / ADDRESS

SAN PEDRO SULA
CORTES

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0006699426<<<<<<<<<<<<<<<
9609196M3109199HND<<<<<<<<<<<2
ORTIZ<IZAGUIRRE<<MIGUEL<ARMAND

REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE / FORENAME
MIGUEL ARMANDO

APELLIDO / SURNAME
ORTIZ IZAGUIRRE

FECHA DE NACIMIENTO / DATE OF BIRTH
19-09-1996

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / ID NUMBER
0501 1997 0920

NACIONALIDAD / NATIONALITY
HND

FECHA DE EXPIRACIÓN / DATE OF EXPIRY
19-09-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / PLACE OF BIRTH
HONDURAS

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

Honduras, C.A.

SAMI

Emisión: 18/03/2024
Hora : 12:35 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9266
L.: 7,080.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7479
Fecha de Emision: 18/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7540
Paguese a: INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV Id/RTN: 04019007083261
La Cantidad en Letras: SIETE MIL OCHENTA CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Pago a Laboratorio Patológico por lectura de 118 muestras de citologias correspondiente al mes de Febrero 2024 en cumplimiento a la cartera de servicios del primer nivel de atención en Salud del Modelo Descentralizado de Salud

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 24130 14-012-01	Servicios Médicos	7,080.00

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	7,080.00
	Monto Total:	7,080.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	7,080.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	7,080.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Tesorería

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por: Melissa Yosmin Burso
Identidad No.: 1604 1994 00497

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAlOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

ESTADO DE CUENTA MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO FEBRERO 2024

Nº		Nombre del Paciente	Costo
1	5-feb	Maria Maudalena Mancilla	60.00
2		bessy Yamileth Rivera	60.00
3		Eva Catalina Mejia	60.00
4		Digna Maribel Melgar	60.00
5		Marlin Guevara	60.00
6		Maria Mirian Mejia Hernandez	60.00
7		Gloria Morena Rodesno	60.00
8		Maria Martha Rodriguez	60.00
9		Ana Deysi Pineda	60.00
10		Griselda Marilu Ramirez Licona	60.00
11		Maria Calra Portillo	60.00
12		Yesica Marleni Garcia	60.00
13		Delmi L. Hernandez	60.00
14		Alba Luz Hernandez	60.00
15		Maira Yaquelin Dubon	60.00
16		Elsa Lizeth Enamorado	60.00
17		Norma Aracely Perdomo	60.00
18		Filomena Serrano Rodriguez	60.00
19		Karina Yulissa Garcia	60.00
20		Rosa Delia Gonzales	60.00
21		Berli Rivera Cruz	60.00
22		Dominica Fernandez	60.00
23		Maria Leticia Hernandez	60.00
24		Yolani Nohemy Perdomo	60.00
25		Katherin Michel Torres	60.00
26		Reyna Elizabeth Lopez	60.00
27		Sonia Maria Caceres	60.00
28		Maria Elena Castellanos	60.00
29		Guadalupe Xiomara Rivera	60.00
30		Ada Marili Lopez	60.00
31		Sarvia Judith Reyes	60.00
32		Anita Melgar	60.00
33		Iris Graciela Murcia	60.00
34		Erika Yorleny Garcia	60.00
35		Ivania Vanessa Garcia	60.00
36		Cintia Arely Rodriguez	60.00
37		Wendy Patricia Casaca	60.00
38		Nohemi Murillo Mejia	60.00
39		Maria Castro	60.00
40		Dunia Areli Mata	60.00
41		Blanca Estela Ramirez	60.00
42		Maria Olivia Martinez	60.00
43		Maria Martina	60.00
44		Maria Nely Diaz	60.00
45		Nolvia Yanira Benitez	60.00
46		Maria Nely Martinez	60.00
47		Nolvia Escalante	60.00
48		Alba Elizabeth Teruel	60.00
49		Lilian Elizabeth Garcia Fuentes	60.00

INVERSIONES SOLIDARIAS, S.A. de C.V. inssa PATOLOGIA SANTA ROSA

INVERSIONES SOLIDARIAS inssa ADMINISTRACION

+(504) 2662-1413 2662-5861 2662-2445 Fax: +(504) 2662-5149
Barrio El Calvario, una cuadra al norte del Hospital Regional de Occidente,
Santa Rosa de Copán, Honduras, C.A.

50		Sarahi Eliza Valle	60.00
51		Amparo Del Carmen Marcos	60.00
52		Ana Jackeline Alfaro	60.00
53		Enma Julia Urqua	60.00
54		Sinthia Carolina Mejia	60.00
55		Yosari Ayala Zuniga	60.00
56		Aracely Jamileth Rios	60.00
57		Kendy Roxana Monje	60.00
58		Iris Xiomara Rivera	60.00
59		Belkis Yanseli Mejia Mendez	60.00
60		Herminia Del Carmen Reyes	60.00
61		Diurka Paola Rodriguez	60.00
62		Wendy Ismary Paz	60.00
63		Maria Esperanza Membreño	60.00
64		Luz Daneli Salguero Acosta	60.00
65		Gladis Marbella Oretga	60.00
66		Carolina Madrid	60.00
67		Karla Patricia Gonzalez	60.00
68		Juana Maria Sanchez	60.00
69		Yasmin Alvarenga	60.00
70		Marlene Valle Enamorado	60.00
71		Vilma Gloribel Amaya	60.00
72		Julissa Estrada	60.00
73		Maria Elena Guevara	60.00
74		Victoria Calderon	60.00
75		Leydi Paola Montoya	60.00
76		Nadia Vega Orellana	60.00
77		Sharon Maholi Espinoza	60.00
78		Doris Del Carmen Perez	60.00
79		Guadalupe Mejia	60.00
80		Mirian Abigail Barreras	60.00
81		Telma Barrera	60.00
82		Maria De La Cruz Lara	60.00
83		Gregoria Ventura	60.00
84		Yessica Estefania Reyes Chacon	60.00
85		Maria Suyapa Ponce	60.00
86		Florinda Ramos	60.00
87		Sonia Aracely Diaz	60.00
88		Juana Dubon Rodriguez	60.00
89		Maria Leticia Mejia	60.00
90		Kenia Esmeralda Mejia	60.00
91		Olivia Sarahi Echeverria	60.00
92		Carmen Suyapa Arita	60.00
93		Crizly Montoya Pineda	60.00
94		Iduvina Jacinto Axume	60.00
95		Maria Lizeth Melgar	60.00
96		Karla Jaqueline Esquibel	60.00
97		Greya Alvarado	60.00
98		Irma Suyapa Casaca	60.00
99		Maria Aminta Lopez	60.00
100		Rosmary Pinto	60.00
101		Esny Maril Menjivar	60.00

INVERSIONES SOLIDARIAS
insa Inversiones Solidarias S.A. de C.V.
PATOLOGIA
SANTA ROSA

INVERSIONES SOLIDARIAS
insa
ADMINISTRACION

)4) 2662-1413 2662-5861 2662-2445 Fax: +(504) 2662-5149
o El Calvario, una cuadra al norte del Hospital Regional de Occidente,
a Rosa de Copán, Honduras, C.A.

102		Manely Clementina Lemuz	60.00
103		Ernestina Lopez	60.00
104		Diana Maricela Alvarado	60.00
105		Irma Isabel Rodriguez	60.00
106		Adamaris Gabriela Villanueva	60.00
107		Maria Bezy Brizuela	60.00
108		Kenia Yadira Melgar	60.00
109		Mirna Elizabeth Rodriguez	60.00
110		Maria Dolores Cortez	60.00
111		Maylin Gissel Lopez	60.00
112		Brenda Yadira Fuentes	60.00
113		Yesica Yolani Gutierrez	60.00
114		Erika Vanesa Hernandez	60.00
115		Pabla Marisol Ramirez	60.00
116		Hayde Ramos	60.00
117		Fatima Raquel Ramirez	60.00
118		Maria Lidia Espinoza	60.00
	TOTAL CITOLOGÍAS MES DE FEBRERO 2024		L 7,080.00

Lic. Yamileth Hernández
Laboratorio de Patología
INSSA

Lic. Dilcia Henríquez
Administr-Contabilidad
INSSA

+(504) 2662-1413 2662-5861 2662-2445 Fax: +(504) 2662-5149
Barrio El Calvario, una cuadra al norte del Hospital Regional de Occidente,
Santa Rosa de Copán, Honduras, C.A.

REPÚBLICA DE HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
SUB SECRETARÍA DE REGULACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO

SECRETARÍA DE SALUD

LICENCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y OTROS

RD	NM	TE	CÓDIGO	MES/AÑO
04	01	ES05	1921	02/2019

OTORGADA A:
LABORATORIO PATOLOGICO.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO
LABORATORIOS DE PATOLOGIA Y CITOLOGIA.

SERVICIOS QUE BRINDAN:
ANALISIS DE PATOLOGIA.

REPRESENTANTE LEGAL:
JOSE FELICIANO BAUTISTA GOMEZ/ INVERSIONES SOLIDARIAS S.A. DE C.V. (INSSA)
UBICADO EN:
BARRIO EL CALVARIO, UNA CUADRA ABAJO DEL HOSPITAL DE OCCIDENTE, DE LA CIUDAD DE SANTA ROSA, DEPARTAMENTO DE COPAN
FECHA DE EMISION:
24/02/2021
VÁLIDA HASTA EL:
07/02/2025

DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DEL MARCO NORMATIVO
SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
DIRECCION
TEGUCIGALPA, M.D.C.

Firma de la autoridad responsable

*FUNDAMENTO LEGAL: Artículo 80 de La Constitución de la República, 60,61,62,63, 64, 65 y 66 de la Ley de Procedimiento Administrativo, 222, 223, 224 del Código de Salud

SERIE No.: 990238

No. RC: 226025

FOR-059 V-3

ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007540

18 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV — L 7,080.00
Páguese a la orden de

SIETE MIL OCHENTA CON CERO CENTAVOS — Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆01001150⑆0001090000250 3⑈00007540

CONCEPTO DEL PAGO o a Laboratorio Patológico por lectura de 118 muestras de citologias correspondiente al mes de Febrero 20
a la cartera de servicios del primer nivel de atención en Salud del Modelo Descentralizado de Salud

PAGO DE Pago a Laboratorio Patológico por lectura de 118 muestras de citologias 7,080.00
correspondiente al mes de Febrero 2024 en cumplimiento de la cartera de servicios del primer nivel de atención en Salud del Modelo Descentralizado de Salud

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

CHEQUE No. 00007540 **BALANCE**

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA TESORERIA MUNICIPAL

PAGADO POR

AUTORIZADO POR

INVERSIONES SOLIDARIAS

RECIBI CONFORME
1604199400497
Melissa Yosmin Bucso

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 04019007083261

INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	✔	Productores Importadores de Cigarrillos
Importador	✔	Productor Alcoholes Licores
Exportador		Distribuidor Alcoholes Licores
Imprentas		Importador Alcoholes Licores
Prestamista		

Fecha de Emisión: 20131025

Base Legal. Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.

Ministro Director

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento DEI-412- 1466769

Transacción: 219F33

inssa

Inversiones Solidarias S.A. de C.V.

R.T.N. 04019007083261
Tel/Fax: 2662-1413, 2662-5861
E-mail: dilciah@inssa.biz
www.inssa.biz
Barrio El Calvario, una cuadra abajo del Hospital de Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras, C. A.

Día	Mes	Año
27	02	2024

CONDICIONES DE PAGO

Crédito [X] ____ días Contado [ ] en ____

Cliente: Municipalidad de Macuelizo Santa Barbara

R.T.N.: 1613 9011 360075

Dirección:

PATOLOGIA FACTURA 000-001-01- Nº 00024689

Cant.	Descripción	P. / U.	Exento	Gravado
118	Citologias	60.-	7080.	

INVERSIONES SOLIDARIAS, S.A. CANCELADO

RANGO AUTORIZADO 24 T. 2cop. Az. R. DEL 000-001-01-00023851 AL 000-001-01-00025050 E. 14/10/2023
CAI: 87CA0E-BB66B4-474280-B28B5F-958D5C-D5
Fecha Límite de Emisión: 12/10/2024
Fecha de Recepción: 12/10/2023
Gráficos de Occidente R.T.N. 04019004010909
C. N° 9231-21-10500-175 Telefax. 2662-0198

Desc. / Rebajas Otorgados L.	—
Importe Exonerado L.	—
Importe Exento L.	7080.-
Importe Gravado 15% L.	—
Importe Gravado 18% L.	—
Sub - Total L.	7080.-
15% I. S. V. L.	—
18% I. S. V. L.	—
TOTAL A PAGAR L.	7080.--

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

No. de Orden de Compra Exenta: ____

No. de Constancia de Registro de Exonerados: ____

No. Registro de la SAG: ____

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS " EXIJALA"

FACTURADO POR

Original Blanca: Cliente; Copia Azul: Obligado Tributario Emisor; Copia Rosada: Archivo

Cant. en Letras: Siete mil ochenta exta

INVERSIONES SOLIDARIAS S. A. DE C. V.

inssa
Inversiones Solidarias
S.A. de C.V.

R.T.N. 04019007083261
Tel: 2662-1413 / 2662-5861
B° El Calvario, Ave. Solidaridad, Santa Rosa de Copán
Honduras, C. A

Día	Mes	Año
29	03	2024

Lps. 7080.00

Recibí de: Municipalidad de Macuelizo Santa Barbara

La Cantidad de: Siete mil ochenta **Lempiras**

Por Concepto de: Cancelación de factura 000-001-01-00024689

INVERSIONES SOLIDARIAS, S.A.
CANCELADO

Saldo Anterior	7080.-
Abono	7080
Saldo Actual	-0-

Nº 002320

FIRMA

NO VÁLIDO PARA CRÉDITO FISCAL

Gráficos de Occidente R.T.N. 04019004010909 Telefax. 2662-0198 12 T. 2 Cop. Am. R. 1,801-2,400 E. 06/05/2022

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	04019007083261
Nombre o Razón Social:	INVERSIONES SOLIDARIAS SA DE CV
Nombre Comercial:	INSSA
Teléfono:	26621413
Email:	dilciah@inssa.biz
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:EL CALVARIO, CALLE: AVENIDA SOLIDARIDAD, CASA NO.: S/N, MUNICIPIO: SANTA ROSA DE COPAN, DEPARTAMENTO: COPÁN
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: EL CALVARIO, AVENIDA SOLIDARIDAD, No. S/N, MUNICIPIO: SANTA ROSA DE COPAN, DEPARTAMENTO: COPÁN

IMPRENTA

RTN:	04019004010909
Nombre Comercial:	GRAFICOS DE OCCIDENTE S.DE R.L.

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00024689
Fecha de Autorización:	12/10/2023
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	12/10/2024
CAI:	87CA0E-BB66B4-474280-B28B5F-958D5C-D5
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00023851
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00025050

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Emisión: 18/03/2024
Hora : 12:36 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Honduras, C.A.

Orden de Pago No.: 9267
L.: 283,745.50

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7480
Fecha de Emision: 18/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito:
Paguese a: CORINFAR S A DE C V
Id/RTN: 08019002265592
La Cantidad en Letras: DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO CON CINCUENTA CENTAVOS

Descripcion:

Compra de Medicamentos (52 partidas) segun orden de compra N° 06-2024 para ser distribuidos en los 8 Establecimientos de Salud: Macuelizo, Sula, Casa Quemada, Ciruelo, Libertad, Rosario, Abundancia, Flecha, en cumplimiento a la cartera de servicios del primer nivel de atencion del Modelo Descentralizado de Salud.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 35210 14-012-01	Productos Farmacéuticos y Medicinales Varios	283,745.50

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	283,745.50
	Monto Total:	283,745.50

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	283,745.50
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	283,745.50

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por:
Identidad No.:

0s+js/j9JmexcG081jfMlvylTtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jIkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Macuelizo **Codigo E.S.:** 3328 31/1/2024 **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml.	124	37	150
2	Acetaminofén	Frasco	100mg /ml.	40	0	0
3	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	3610	590	1000
4	Aciclovir	Tableta	400 mg	50	0	200
5	Aciclovir	Frasco	200 mg./ml	0	0	5
6	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	602	300	2500
7	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	500mg.	0	0	0
8	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	1000	710	4000
9	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	787	893	2000
10	Agua destilada	Ampolla	10 ml.	315	0	0
11	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	31	1	5
12	Albendazol	Tabletas	200 mg.	362	0	0
13	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	804	0	0
14	Alprazolan	Tableta	5 mg	0	30	100
15	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	440	50	0
16	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	77	19	60
17	Amoxicilina (Trihidrato)	Capsula	500 mg.	3000	900	1500
18	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	20	0	0
19	Antiespasmódico	Tableta		330	120	200
20	Atenolol	Tabletas	100 mg.	830	105	1000
21	Azitromicina	Tableta	500 mg	444	17	0
22	Benclometazona	Frasco	Inhalador	14	0	0
23	Benzoato de Bencilo (Locion Escabicida)	Frasco	25%	6	0	4
24	Betametazona	Tubo	1%	24	0	10
25	Calamina Fenolada	Frasco	8%	11	5	15
26	Carbamacepina	Tableta	200 mg	643	177	500
27	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	250mg.(polvo para inyect)	0	0	10
28	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	15	14	50
29	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	656	29	200
30	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	16	0	0
31	Clorhexidina (Gluconato)	Galón	20% P/V	2	0	2
32	Clorhexidina (Gluconato) + Cetrimida	Galón	15%	0	0	3
33	Cloruro de sodio (Dextrosa en Agua)	Bolsa	0.45% (500 ml.)	1	0	1
34	Cloruro de sodio (Solucion Salina)	Bolsa	0.9% (500 ml.)	14	2	5
35	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	40	26	200
36	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	10	0	20
37	Complejo Vitamina B6	Inyect.	10 ml.	24	3	10
38	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	47	0	10
39	Diazepam	Ampollas	10 mg.	20	3	0
40	Diclofenaco	Ampolla	25 mg/ml	20	13	50
41	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	260	150	1000
42	Dicloxacilina (Sodica)	Frasco	125 mg./5 ml.	9	2	20
43	Difenhidramina	Inyect.	10mg /ml. Iny.	11	2	5
44	Difenhidramina	Frasco	2.5 mg/ml.	100	0	0
45	Difenhidramina	Capsula	50 mg	680	0	0
46	Digoxina	Tableta	0.25 %	100	0	0
47	Dimenhidrato	Tableta	25 mg	0	0	0
48	Doxiciclina	capsulas	100 mg.	421	42	0
49	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	3968	605	1000
50	Enalapril (Maleato)	Tableta	5 mg	0	0	0
51	Eritromicina	Frasco	200mg./5ml No Estolato (Susp. Oral	35	0	0
52	Eritromicina	Tableta	500 mg (No Estolato)	102	0	100
53	Espironolactona	Tableta	100 mg.	100	0	0
54	Estreptomicina	Tableta	1 g.	0	0	0
55	Fenitoina (Sodica)	Frasco	125 mg. /ml.	2	0	0
56	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	610	90	200
57	Fenobarbital	Amp.		0	0	0
58	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	30 mg.	0	0	0
59	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	806	510	1000

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

31/1/2024 **Pedido bimestral**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Macuelizo **Codigo E.S.:** 3329

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
60	Fluconazol	Tableta	150 mg	175	2	0
61	Fluoruro	Tableta	1 mg	1125	615	2000
62	Furosemida	Tabletas	40 mg.	1425	105	0
63	Furosemida	Ampollas	10 mg. /ml.	25	0	5
64	Gentamicina	Amp.	80 mg/ml	15	29	100
65	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	1598	852	1000
66	Hidralazina	Frasco	20 mg/ml	0	0	0
67	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	410	290	3000
68	Hidroclorotiazida	Tableta	50 mg	0	0	0
69	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	18	4	10
70	Hidrocortisona Succinato	Frasco	100mg. / ml. Inyect.	0	0	10
71	Hidrocortisona Succinato	Frasco	500mg. / ml. Inyect.	46	0	0
72	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	52	37	50
73	Hioscina (Antiespasmodico)	Amp.	20 mg.	6	6	20
74	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	1910	539	1000
75	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	24	24	100
76	Imipramina	Grageas	25 mg.	0	0	0
77	Irbersartan	Tableta	300 mg.	2537	713	1500
78	Jalea Lubricante Esteril (KY)	Tubo	Lubricante	3	0	3
79	Ketoconazol	Tableta	200 mg	0	0	50
80	Ketoconazol	Tubo	2%	17	7	20
81	Lactato de Ringer (Solucion Hartman)	Bolsa	1000 ml.	3	0	5
82	Lidocaína	Frasco	2%+1:200.000	2	6	6
83	Lidocaína Con Epinefrina	Frasco	2% Equiv. 20mg./ml.	0	0	0
84	Lidocaína	Frasco	10% Equiv. 100mg./ml.	0	0	0
85	Loratadina	Frasco	120 mg /ml.	104	9	0
86	Loratadina	Tableta	10 mg	790	305	1000
87	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	2561	1079	2000
88	Metocarbamol	Tabletas	500 mg.	680	90	500
89	Metoclopramida	Tableta	10 mg	200	0	0
90	Metoclopramida	Ampolla	5 mg/2ml	14	0	0
91	Metronidazol	Tableta	500 mg	267	0	0
92	Metronidazol (Benzoato)	Frasco	125mg./5ml	26	2	0
93	Metronidazol (crema vaginal)	Tubo		3	1	10
94	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	2430	600	1000
95	Multivitaminas Pediátricas	Frasco	Frasco	149	6	0
96	Multivitaminas prenatales+acido fólico+Fluor	Capsulas	Capsulas	6990	1250	0
97	Nafazolina	Colirio		12	3	15
98	Nifedipina	Tableta	10 mg	0	0	0
99	Nifedipina	Tableta	20 mg	200	0	0
100	Nistatina	Frasco	100.000UI / ml.	13	0	10
101	Nitrofurantoina (spasmo-urolong)	Tableta	50 mg	200	0	100
102	Oxitetraciclina + polimixinaB (Vexin)	Tubo	5mg/G 10000UI.	47	1	0
103	Penicilina G Benzatinica	Frasco	1,200.000 U.I. Inyect.	19	6	50
104	Penicilina G Procainica	Frasco	4,000.000 U:I: inyect	24	17	50
105	Permetrina (Gamesan)	Tubo	5%	3	0	5
106	Permetrina (Gamesan) Piojex Shampo	Frasco	1%	5	0	5
107	Petrolato Sólido (Vaselina)	Tarro	Parafina Blanda	3	2	2
108	Piperazina Citrato	Frasco	500mg. / 5ml.	15	0	0
109	Piridoxina (Vitamina B6)	Tableta	50 mg	130	0	0
110	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	11	0	5
111	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Triple antibiotico	33	7	5
112	Prednisona	Tabletas	5 mg	110	0	0
113	Prednisona	Tableta	50 mg	200	0	0
114	Propanolol	Tabletas	40 mg.	200	0	0
115	Ranitidina O NEPRAZOL	Tableta	20 150 mg	1680	260	0
116	Ranitidina O NEPRAZOL	Frasco	40 mg/5ml	1110	0	0

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

TABLECIMIENTO DE SALUD: Macuelizo **Codigo E.S.:** 3328 **Pedido bimestral**

	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
7	Salbutamol	Tabletas	4 mg.	160	0	0
8	Salbutamol	Frasco	2mg. / 5ml.	14	2	15
9	Salbutamol	Frasco	5mg. / ml. / nebulizador.	47	0	0
0	Salbutamol	Frasco	100mg. / disparo inhalador.	58	4	0
1	Sales de Rehidratación oral	Sobres	20.5 g	432	10	0
2	Salicilato de metilo	Tarro	5%	5	1	5
3	Sulfadiazina de Plata 1%	Tubo	10 mg/g	22	0	5
4	Sulfato de Zinc	Tableta	20 mg.	0	0	0
5	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	2560	690	1000
6	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	114	14	100
7	Tetraciclina	Capsula	500 mg (prog. Cólera)	100	0	100
8	Tinidazol	Tabletas	500 mg.	296	0	0
9	Trimetopin / Sulfametoxazol	Frasco	40 mg.+200mg /5ml susp.	67	2	0
0	Trimetopin / Sulfametoxazol	Tabletas	160mg + 800mg	146	60	500
1	Valproato	Tableta	500 mg	0	0	0
2	Valproato	Frasco	200 mg/ml	0	0	0
3	Vitamina B 1 (Tiamina)	Tableta	100 mg	280	0	0
4	Vitamina B 1 (Tiamina) Inyect.	Frasco	100 mg/ml.	10	2	10
5	Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Ampolla	10mg. / ml.	12	0	0
5	Yodo + polivinil pirrolidona (yodo povidona)	Frasco	10%	0	0	10
	Zinc (Sulfato)	Frasco	2 mg/ml.	28	0	20

Nota: La Compra de Medicamentos se realizara basado en su Solicitud de acuerdo al consumo; por lo que es de responsabilidad del Coordinador del Establecimiento de Salud y Encargada de Farmacia.

Firma

bre Coordinador
AM:

SECRETARIA DE SALUD REGION DEPTAL No. 15 UAPS MACUELIZO SANTA BARBARA

Firma

Nombre Encargada de Farmacia: Dra. Alejandrina Mejía

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Cis Sula **Codigo E.S.:** 3379 Mes Enero 2024 **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Total Salida	Saldo Final	Cantidad Solicitada
1	Acetaminofén	Frasco	120mg./5ml.	97	26	250
2	Acetaminofén	Frasco	100mg./ml.	0	50	50
3	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	950	1,587	1500
4	Aciclovir	Tableta	400 mg	28	60	100
5	Aciclovir	Frasco	200 mg./ml	0	0	5
6	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	518	490	1500
7	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	500mg.	0	0	0
8	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	2,300	2700	5000
9	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	0	1000	200
10	Agua destilada	Ampolla	10 ml.	15	120	100
11	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	0	28	50
12	Albendazol	Tabletas	200 mg.	0	440	0
13	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	0	969	0
14	Alprazolan	Tableta	5 mg	50	50	300
15	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	15	300	0
16	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	29	126	250
17	Amoxicilina (Trihidrato)	Capsula	500 mg..	460	1619	1000
18	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	0	2	20
19	Antiespasmódico	Tableta		34	1470	34
20	Atenolol	Tabletas	100 mg.	146	20	1000
21	Azitromicina	Tableta	500 mg	56	840	250
22	Benclometazona	Frasco	Inhalador	0	7	20
23	Benzoato de Bencilo (Locion Escabicida)	Frasco	25%	0	4	10
24	Betametazona	Tubo	1%	8	30	10
25	Calamina Fenolada	Frasco	8%	3	12	10
26	Carbamacepina	Tableta	200 mg	356	2640	300
27	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	250mg.(polvo para inyect)	0	0	0
28	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	4	1	100
29	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	193	256	100
30	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	6	1	50
31	Clorhexidina (Gluconato)	Galón	20% P/V	0	2	0
32	Clorhexidina (Gluconato) + Cetrimida	Galón	15%	1	1	1
33	Cloruro de sodio (Dextrosa en Agua)	Bolsa	0.45% (500 ml.)	0	0	0
34	Cloruro de sodio (Solucion Salina)	Bolsa	0.9% (500 ml.)	6	5	10
35	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	29	31	250
36	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	5	5	20
37	Complejo Vitamina B6	Inyect.	10 ml.	3	4	15
38	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	10	25	200
39	Diazepam	Ampollas	10 mg.	0	25	0
40	Diclofenaco	Ampolla	25 mg/ml	0	5	200
41	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	114	556	100
42	Dicloxacilina (Sodica)	Frasco	125 mg./5 ml.	6	9	50
43	Difenhidramina	Inyect.	10mg /ml. Iny.	0	24	0
44	Difenhidramina	Frasco	2.5 mg/ml.	3	52	200
45	Difenhidramina	Capsula	50 mg	10	494	100
46	Digoxina	Tableta	0.25 %	0	0	0
47	Dimenhidrato	Tableta	25 mg	0	0	0
48	Doxiciclina	capsulas	100 mg.	134	1449	0
49	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	805	2311	800
50	Enalapril (Maleato)	Tableta	5 mg	0	0	0
51	Eritromicina	Frasco	200mg./5ml No Estolato (Susp. Oral	2	11	10
52	Eritromicina	Tableta	500 mg (No Estolato)	21	134	100
53	Espironolactona	Tableta	100 mg.	10	0	200
54	Estreptomicina	Tableta	1 g.	0	0	0
55	Fenitoina (Sodica)	Frasco	125 mg. /ml.	1	1	3
56	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	418	1882	400
57	Fenobarbital	Amp.		0	0	0
58	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	30 mg.	0	0	0
59	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	645	610	600

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Cis Sula. **Codigo E.S.:** 3379. Mes Enero 2024 **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Total Salidas	Saldo Final	Cantidad Solicitada
60	Fluconazol	Tableta	150 mg	1	99	0
61	Fluoruro	Tableta	1 mg	180	600	100
62	Furosemida	Tabletas	40 mg.	0	1000	0
63	Furosemida	Ampollas	10 mg. /ml.	8	8	0
64	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	8	5	15
65	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	1490	1574	2000
66	Hidralazina	Frasco	20 mg/ml	0	0	0
67	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	914	1957	1500
68	Hidroclorotiazida	Tableta	50 mg	0	0	0
69	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	4	13	20
70	Hidrocortisona Succinato	Frasco	100mg. / ml. Inyect.	3	13	20
71	Hidrocortisona Succinato	Frasco	500mg. / ml. Inyect.	3	34	50
72	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	20	30	50
73	Hioscina (Antiespasmodico)	Amp.	20 mg.	0	39	50
74	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	553	647	1000
75	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	45	51	250
76	Imipramina	Grageas	25 mg.	0	0	0
77	Irbersartan	Tableta	300 mg.	1956	1745	2500
78	Jalea Lubricante Esteril (KY)	Tubo	Lubricante	1	1	5
79	Ketoconazol	Tableta	200 mg	0	0	0
80	Ketoconazol	Tubo	2%	0	5	10
81	Lactato de Ringer (Solucion Hartman)	Bolsa	1000 ml.	0	1	10
82	Lidocaína	Frasco	2%+1:200.000	0	10	0
83	Lidocaína Con Epinefrina	Frasco	2% Equiv. 20mg./ml.	0	0	0
84	Lidocaína	Frasco	10% Equiv. 100mg./ml.	0	0	0
85	Loratadina	Frasco	120 mg /ml.	29	140	50
86	Loratadina	Tableta	10 mg	330	295	500
87	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	1939	2765	2500
88	Metocarbamol	Tabletas	500 mg.	60	590	200
89	Metoclopramida	Tableta	10 mg	90	60	150
90	Metoclopramida	Ampolla	5 mg/2ml	1	11	0
91	Metronidazol	Tableta	500 mg	0	50	0
92	Metronidazol (Benzoato)	Frasco	125mg./5ml	8	36	20
93	Metronidazol (crema vaginal)	Tubo		1	3	8
94	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	680	330	1500
95	Multivitaminas Pediátricas	Frasco	Frasco	14	181	50
96	Multivitaminas prenatales+acido fólico+Fluor	Capsulas	Capsulas	3330	6480	3000
97	Nafazolina	Colirio		1	6	10
98	Nifedipina	Tableta	10 mg	0	0	0
99	Nifedipina	Tableta	20 mg	0	91	
100	Nistatina	Frasco	100.000UI / ml.	0	5	10
101	Nitrofurantoina (spasmo-urolong)	Tableta	50 mg	42	78	100
102	Oxitetraciclina + polimixinaB (Vexin)	Tubo	5mg/G 10000UI.	2	7	20
103	Penicilina G Benzatinica	Frasco	1,200.000 U.I. Inyect.	10	19	100
104	Penicilina G Procainica	Frasco	4,000.000 U:I: inyect	0	20	0
105	Permetrina (Gamesan)	Tubo	5%	0	1	5
106	Permetrina (Gamesan) Piojex Shampo	Frasco	1%	0	5	10
107	Petrolato Sólido (Vaselina)	Tarro	Parafina Blanda	0	0	0
108	Piperazina Citrato	Frasco	500mg. / 5ml.	1	9	5
109	Piridoxina (Vitamina B6)	Tableta	50 mg	0	90	100
110	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	2	2	20
111	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Triple antibiotico	1	25	20
112	Prednisona	Tabletas	5 mg	58	511	0
113	Prednisona	Tableta	50 mg	40	154	100
114	Propanolol	Tabletas	40 mg.	0	445	0
115	Omeprazol	Capsula	20 mg	0	100	500
116	Omeprazol	Capsula	40 mg/.	80	120.	500

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Cis Sula **Codigo E.S.:** 3379. Mes Enero 2024 **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Total Salidas	Saldo Final	Cantidad Solicitada
17	Salbutamol	Tabletas	4 mg.	14	0	10
18	Salbutamol	Frasco	2mg. / 5ml.	4	19	20
19	Salbutamol	Frasco	5mg. / ml. / nebulizador.	0	37	10
20	Salbutamol	Frasco	100mg. / disparo inhalador.	10	19	10
21	Sales de Rehidratación oral	Sobres	20.5 g	14	340	100
22	Salicilato de metilo	Tarro	5%	3	6	2
23	Sulfadiazina de Plata 1%	Tubo	10 mg/g	3	21	0
24	Sulfato de Zinc	Tableta	20 mg.	0	0	0
25	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	1832	615	2000
26	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	69	15	100
27	Tetraciclina	Capsula	500 mg (prog. Cólera)	0	100	0
28	Tinidazol	Tabletas	500 mg.	18.	159	0
29	Trimetopin / Sulfametoxazol	Frasco	40 mg.+200mg /5ml susp.	8	33.	700
30	Trimetopin / Sulfametoxazol	Tabletas	160mg + 800mg	34	266	100
31	Valproato	Tableta	500 mg	0	0	0
32	Valproato	Frasco	200 mg/ml	0	0	0
33	Vitamina B 1 (Tiamina)	Tableta	100 mg	0	370	0
34	Vitamina B 1 (Tiamina) Inyect.	Frasco	100 mg/ml.	1	12	0
35	Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Ampolla	10mg. / ml.	0	26	0
36	Yodo + polivinil pirrolidona (yodo povidona)	Frasco	10%	0	1	5
37	Zinc (Sulfato)	Frasco	2 mg/ml.	2	24	10

Nota: La Compra de Medicamentos se realizara basado en su Solicitud de acuerdo al consumo; por lo que es de responsabilidad del Coordinador del Establecimiento de Salud y Encargada de Farmacia.

Firma

Nombre Coordinador
AM: Dra. Cristina

Firma

Nombre Encargada de Farmacia: Yolima Torres.

SECRETARIA DE SALUD H.S. SULA MACUELIZO SANTA BÁRBARA HONDURAS

SECRETARIA DE SALUD H.S. SULA REGION SANITARIA No. 16 MACUELIZO SANTA BÁRBARA HONDURAS

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Casa Quemada **Código E.S.:** 3336 **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	130	31	200
2	Acetaminofén	Frasco	100mg /ml.	28	3	50
3	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	1921	1015	3000
4	Aciclovir	Tableta	400 mg	770	0	500
5	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml	0	0	5
6	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	1697	214	3000
7	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	500mg.	0	0	0
8	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	1445	587	3000
9	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	210	994	2000
10	Agua destilada	Ampolla	10 ml.	173	5	100
11	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	7	5	50
12	Albendazol	Tabletas	200 mg.	69	42	200
13	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	760	0	0
14	Alprazolan	Tableta	5 mg	15	0	200
15	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	340	0	200
16	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	86	16	50
17	Amoxicilina (Trihidrato)	Capsula	500 mg..	3747	204	0
18	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	16	1	10
19	Antiespasmódico	Tableta		60	70	500
20	Atenolol	Tabletas	100 mg.	162	122	1000
21	Azitromicina	Tableta	500 mg	43	40	500
22	Benclometazona	Frasco	Inhalador	15	6	20
23	Benzoato de Bencilo (Locion Escabicida)	Frasco	25%	13	5	0
24	Betametazona	Tubo	1%	42	0	0
25	Calamina Fenolada	Frasco	8%	9	10	20
26	Carbamacepina	Tableta	200 mg	1402	30	1000
27	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	250mg.(polvo para inyect)	0	0	0
28	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	16	16	50
29	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	751	76	500
30	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	22	0	30
31	Clorhexidina (Gluconato)	Galón	20% P/V	0	0	0
32	Clorhexidina (Gluconato) + Cetrimida	Galón	15%	3	0	0
33	Cloruro de sodio (Dextrosa en Agua)	Bolsa	0.45% (500 ml.)	5	0	0
34	Cloruro de sodio (Solucion Salina)	Bolsa	0.9% (500 ml.)	24	0	100
35	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	38	6	100
36	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	19	5	20
37	Complejo Vitamina B6	Inyect.	10 ml.	12	6	30
38	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	18	7	50
39	Diazepam	Ampollas	10 mg.	33	0	0
40	Diclofenaco	Ampolla	25 mg/ml	8	29	100
41	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	647	45	0
42	Dicloxacilina (Sodica)	Frasco	125 mg./5 ml.	10	1	5
43	Difenhidramina	Inyect.	10mg /ml. Iny.	14	1	0
44	Difenhidramina	Frasco	2.5 mg/ml.	79	5	50
45	Difenhidramina	Capsula	50 mg	286	62	500
46	Digoxina	Tableta	0.25 %	253	0	0
47	Dimenhidrato	Tableta	25 mg	0	0	0
48	Doxiciclina	capsulas	100 mg.	379	0	0
49	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	4445	227	0
50	Enalapril (Maleato)	Tableta	5 mg	0	0	0
51	Eritromicina	Frasco	200mg./5ml No Estolato (Susp. Oral	16	1	0
52	Eritromicina	Tableta	500 mg (No Estolato)	36	15	200
53	Espironolactona	Tableta	100 mg.	70	0	1000
54	Estreptomicina	Tableta	1 g.	0	0	0
55	Fenitoina (Sodica)	Frasco	125 mg. /ml.	1	0	1
56	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	497	0	1000
57	Fenobarbital	Amp.		1193	30	
58	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	30 mg.	0	0	
59	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	1193	30	

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UAPS Casa Quemada **Codigo E.S.:** 3336

Pedido bimestral

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
60	Fluconazol	Tableta	150 mg	87	5	200
61	Fluoruro	Tableta	1 mg	506	0	0
62	Furosemida	Tabletas	40 mg	343	178	3000
63	Furosemida	Ampollas	10 mg /ml	10	4	10
64	Gentamicina	Amp	8 mg /ml	94	0	0
65	Glibenclamida	Tabletas	5 mg	2085	20	2000
66	Hidralazina	Frasco	20 mg/ml	0	0	0
67	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg	1204	469	3000
68	Hidroclorotiazida	Tableta	50 mg	0	0	0
69	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	9	13	40
70	Hidrocortisona Succinato	Frasco	100mg / ml Inyect	13	0	40
71	Hidrocortisona Succinato	Frasco	500mg / ml Inyect	22	3	10
72	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	33	46	200
73	Hioscina (Antiespasmodico)	Amp	20 mg	27	2	0
74	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	313	580	2000
75	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	707	11	100
76	Imipramina	Grageas	25 mg.	0	0	0
77	Irbersartan	Tableta	300 mg.	201	392	3000
78	Jalea Lubricante Esteril (KY)	Tubo	Lubricante	0	2	7
79	Ketoconazol	Tableta	200 mg	0	0	0
80	Ketoconazol	Tubo	2%	8	11	40
81	Lactato de Ringer (Solucion Hartman)	Bolsa	1000 ml.	3	0	0
82	Lidocaína	Frasco	2%+1:200.000	0	0	0
83	Lidocaína Con Epinefrina	Frasco	2% Equiv. 20mg./ml.	8	3	0
84	Lidocaína	Frasco	10% Equiv. 100mg./ml.	0	0	0
85	Loratadina	Frasco	120 mg /ml.	42	20	100
86	Loratadina	Tableta	10 mg	193	179	1000
87	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	972	390	3000
88	Metocarbamol	Tabletas	500 mg.	759	120	1000
89	Metoclopramida	Tableta	10 mg	190	10	300
90	Metoclopramida	Ampolla	5 mg/2ml	12	0	10
91	Metronidazol	Tableta	500 mg	247	36	500
92	Metronidazol (Benzoato)	Frasco	125mg./5ml	13	6	10
93	Metronidazol (crema vaginal)	Tubo		7	5	15
94	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	979	1020	2000
95	Multivitaminas Pediátricas	Frasco	Frasco	94	20	100
96	Multivitaminas prenatales+acido fólico+Fluor	Capsulas	Capsulas	701	1556	7000
97	Nafazolina	Colirio		9	7	40
98	Nifedipina	Tableta	10 mg	0	0	0
99	Nifedipina	Tableta	20 mg	103	0	500
100	Nistatina	Frasco	100.000UI / ml.	22	2	10
101	Nitrofurantoina (spasmo-urolong)	Tableta	50 mg	82	10	500
102	Oxitetraciclina + polimixinaB (Vexin)	Tubo	5mg/G 10000UI.	16	0	0
103	Penicilina G Benzatinica	Frasco	1,200.000 U.I. Inyect.	35	0	0
104	Penicilina G Procainica	Frasco	4,000.000 U:I: inyect	20	0	0
105	Permetrina (Gamesan)	Tubo	5%	4	2	5
106	Permetrina (Gamesan) Piojex Shampo	Frasco	1%	4	3	10
107	Petrolato Sólido (Vaselina)	Tarro	Parafina Blanda	1	1	2
108	Piperazina Citrato	Frasco	500mg. / 5ml.	15	1	0
109	Piridoxina (Vitamina B6)	Tableta	50 mg	90	0	100
110	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	12	2	20
111	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Triple antibiotico	18	7	30
112	Prednisona	Tabletas	5 mg	256	23	200
113	Prednisona	Tableta	50 mg	139	28	500
114	Propanolol	Tabletas	40 mg.	377	29	1000
115	Ranitidina	Tableta	150 mg	0	0	0
116	Ranitidina	Frasco	75 mg/5ml	0	0	0

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UPS Casa Quemada **Codigo E.S.:** 3336 **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
117	Salbutamol	Tabletas	4 mg.	0	0	300
118	Salbutamol	Frasco	2mg. / 5ml.	18	7	10
119	Salbutamol	Frasco	5mg. / ml. / nebulizador.	19	0	10
120	Salbutamol	Frasco	100mg. / disparo inhalador.	34	6	50
121	Sales de Rehidratación oral	Sobres	20.5 g	382	43	200
122	Salicilato de metilo	Tarro	5%	76	5	20
123	Sulfadiazina de Plata 1%	Tubo	10 mg/g	26	4	10
124	Sulfato de Zinc	Tableta	20 mg.	0	0	0
125	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	2489	7182	3000
126	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	28	66	200
127	Tetraciclina	Capsula	500 mg (prog. Cólera)	0	0	200
128	Tinidazol	Tabletas	500 mg.	257	42	200
129	Trimetopin / Sulfametoxazol	Frasco	40 mg.+200mg /5ml susp.	39	11	80
130	Trimetopin / Sulfametoxazol	Tabletas	160mg + 800mg	64	28	500
131	Valproato	Tableta	500 mg	0	0	0
132	Valproato	Frasco	200 mg/ml	0	0	0
133	Vitamina B 1 (Tiamina)	Tableta	100 mg	130	0	200
134	Vitamina B 1 (Tiamina) Inyect.	Frasco	100 mg/ml.	11	2	30
135	Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Ampolla	10mg. / ml.	9	0	0
136	Yodo + polivinil pirrolidona (yodo povidona)	Frasco	10%	3	0	3
137	Zinc (Sulfato)	Frasco	2 mg/ml.	41	5	20

Nota: La Compra de Medicamentos se realizara basado en su Solicitud de acuerdo al consumo; por lo que es de responsabilidad del Coordinador del Establecimiento de Salud y Encargada de Farmacia.

Firma

Firma

Nombre Coordinador EFAM: Sinha Mente

Nombre Encargada de Farmacia: Nancy Valeri O

SECRETARIA DE SALUD U.S. CASA QUEMADA REGION SANITARIA No. 16 MACUELIZO, SANTA BÁRBARA, HONDURAS

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UAPS Cirudo **Codigo E.S.:** 3344 **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	220	39	50
2	Acetaminofén	Frasco	100mg /ml	24	7	15
3	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	307	834	1500
4	Aciclovir	Tableta	400 mg	143	50	0
5	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml	0	0	2
6	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	350	712	2000
7	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	500mg.	0	0	0
8	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	704	1096	4000
9	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	50	0	800
10	Agua destilada	Ampolla	10 ml.	137	9	0
11	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	20	13	20
12	Albendazol	Tabletas	200 mg.	300	74	0
13	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	130	0	0
14	Alprazolan	Tableta	5 mg.	0	0	10
15	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	250	40	100
16	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	95	17	30
17	Amoxicilina (Trihidrato)	Capsula	500 mg..	3019	273	0
18	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	14	2	0
19	Antiespasmódico	Tableta		119	94	200
20	Atenolol	Tabletas	100 mg.	38	402	1000
21	Azitromicina	Tableta	500 mg	97	55	200
22	Benclometazona	Frasco	Inhalador	12	1	0
23	Benzoato de Bencilo (Locion Escabicida)	Frasco	25%	11	0	0
24	Betametazona	Tubo	1%	22	4	8
25	Calamina Fenolada	Frasco	8%	16	4	8
26	Carbamacepina	Tableta	200 mg	800	340	300
27	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	250mg.(polvo para inyect)	0	0	0
28	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	11	4	25
29	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	315	78	200
30	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	18	5	4
31	Clorhexidina (Gluconato)	Galón	20% P/V	2	1	0
32	Clorhexidina (Gluconato) + Cetrimida	Galón	15%	1	0	0
33	Cloruro de sodio (Dextrosa en Agua)	Bolsa	0.45% (500 ml.)	5	0	0
34	Cloruro de sodio (Solucion Salina)	Bolsa	0.9% (500 ml.)	22	3	0
35	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	16	30	60
36	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	20	4	8
37	Complejo Vitamina B6	Inyect.	10 ml.	16	10	20
38	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	17	0	20
39	Diazepam	Ampollas	10 mg.	27	0	0
40	Diclofenaco	Ampolla	25 mg/ml	8	4	40
41	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	325	88	200
42	Dicloxacilina (Sodica)	Frasco	125 mg./5 ml.	25	1	5
43	Difenhidramina	Inyect.	10mg /ml. Iny.	14	0	0
44	Difenhidramina	Frasco	2.5 mg/ml.	37	6	50
45	Difenhidramina	Capsula	50 mg	364	60	400
46	Digoxina	Tableta	0.25 %	40	0	20
47	Dimenhidrato	Tableta	25 mg	0	0	0
48	Doxiciclina	capsulas	100 mg.	506	44	0
49	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	4609	481	0
50	Enalapril (Maleato)	Tableta	5 mg	0	0	0
51	Eritromicina	Frasco	200mg./5ml No Estolato (Susp. Oral	12	2	5
52	Eritromicina	Tableta	500 mg (No Estolato)	120	0	0
53	Espironolactona	Tableta	100 mg.	30	0	0
54	Estreptomicina	Tableta	1 g.	0	0	0
55	Fenitoina (Sodica)	Frasco	125 mg. /ml.	1	0	1
56	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	220	0	100
57	Fenobarbital	Amp.		0	0	0
58	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	30 mg.	0	0	0
59	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	330	160	400

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UAPS Ciruelo **Codigo E.S.:** 3344

Pedido bimestral

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
60	Fluconazol	Tableta	150 mg	151	22	0
61	Fluoruro	Tableta	1 mg	160	240	800
62	Furosemida	Tabletas	40 mg.	493	154	800
63	Furosemida	Ampollas	10 mg. /ml.	7	3	5
64	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	1	0	10
65	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	1575	690	3000
66	Hidralazina	Frasco	20 mg/ml	0	0	0
67	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	123	1012	2500
68	Hidroclorotiazida	Tableta	50 mg	0	0	0
69	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	8	4	15
70	Hidrocortisona Succinato	Frasco	100mg. / ml. Inyect.	13	0	5
71	Hidrocortisona Succinato	Frasco	500mg. / ml. Inyect.	15	6	5
72	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	24	29	80
73	Hioscina (Antiespasmodico)	Amp.	20 mg.	21	4	0
74	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	1205	602	300
75	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	49	21	50
76	Imipramina	Grageas	25 mg.	0	0	0
77	Irbersartan	Tableta	300 mg.	391	1089	3000
78	Jalea Lubricante Esteril (KY)	Tubo	Lubricante	3	0	1
79	Ketoconazol	Tableta	200 mg	0	0	0
80	Ketoconazol	Tubo	2%	30	15	20
81	Lactato de Ringer (Solucion Hartman)	Bolsa	1000 ml.	1	0	1
82	Lidocaína	Frasco	2%+1:200.000	0	0	0
83	Lidocaína Con Epinefrina	Frasco	2% Equiv. 20mg./ml.	0	2	4
84	Lidocaína	Frasco	10% Equiv. 100mg./ml.	0	0	0
85	Loratadina	Frasco	120 mg /ml.	45	27	50
86	Loratadina	Tableta	10 mg	370	396	800
87	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	1780	1107	2500
88	Metocarbamol	Tabletas	500 mg.	190	214	600
89	Metoclopramida	Tableta	10 mg	20	56	150
90	Metoclopramida	Ampolla	5 mg/2ml	8	1	5
91	Metronidazol	Tableta	500 mg	151	146	300
92	Metronidazol (Benzoato)	Frasco	125mg./5ml	16	4	0
93	Metronidazol (crema vaginal)	Tubo		3	0	3
94	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	1741	270	1000
95	Multivitaminas Pediátricas	Frasco	Frasco	138	73	0
96	Multivitaminas prenatales+acido fólico+Fluor	Capsulas	Capsulas	5635	14000	0
97	Nafazolina	Colirio		4	5	10
98	Nifedipina	Tableta	10 mg	0	0	0
99	Nifedipina	Tableta	20 mg	16	34	100
100	Nistatina	Frasco	100.000UI / ml.	21	2	5
101	Nitrofurantoina (spasmo-urolong)	Tableta	50 mg	98	58	100
102	Oxitetraciclina + polimixinaB (Vexin)	Tubo	5mg/G 10000UI.	12	3	10
103	Penicilina G Benzatinica	Frasco	1,200.000 U.I. Inyect.	11	0	20
104	Penicilina G Procainica	Frasco	4,000.000 U:I: inyect	13	6	0
105	Permetrina (Gamesan)	Tubo	5%	2	3	1
106	Permetrina (Gamesan) Piojex Shampo	Frasco	1%	2	0	5
107	Petrolato Sólido (Vaselina)	Tarro	Parafina Blanda	0	0	2
108	Piperazina Citrato	Frasco	500mg. / 5ml.	11	2	0
109	Piridoxina (Vitamina B6)	Tableta	50 mg	70	0	0
110	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	5	2	7
111	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Triple antibiotico	13	4	15
112	Prednisona	Tabletas	5 mg	166	10	0
113	Prednisona	Tableta	50 mg	179	47	150
114	Propanolol	Tabletas	40 mg.	568	189	300
115	Ranitidina	Tableta	150 mg	0	0	0
116	Ranitidina	Frasco	75 mg/5ml	0	0	0

alud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ABLECIMIENTO DE SALUD: UAPS Ciruelo **Codigo E.S.:** 3344 **Pedido bimestral**

NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
Salbutamol	Tabletas	4 mg	20	0	50
Salbutamol	Frasco	2mg. / 5ml.	21	1	0
Salbutamol	Frasco	5mg. / ml. / nebulizador.	23	5	0
Salbutamol	Frasco	100mg. / disparo inhalador.	12	9	20
Sales de Rehidratación oral	Sobres	20.5 g	181	83	100
Salicilato de metilo	Tarro	5%	3	3	3
Sulfadiazina de Plata 1%	Tubo	10 mg/g	9	2	5
Sulfato de Zinc	Tableta	20 mg.	0	0	0
Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	101	1554	3000
Sulfato ferroso	Frasco	125mg / ml.	24	75	200
Tetraciclina	Capsula	500 mg (prog. Cólera)	0	0	10
Tinidazol	Tabletas	500 mg.	113	4	0
Trimetopin / Sulfametoxazol	Frasco	40 mg.+200mg /5ml susp.	24	10	50
Trimetopin / Sulfametoxazol	Tabletas	160mg + 800mg	233	48	200
Valproato	Tableta	500 mg	0	0	0
Valproato	Frasco	200 mg/ml	0	0	0
Vitamina B 1 (Tiamina)	Tableta	100 mg	66	80	200
Vitamina B 1 (Tiamina) Inyect.	Frasco	100 mg/ml.	3	1	10
Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Ampolla	10mg. / ml.	7	2	3
Yodo + polivinil pirrolidona (yodo povidona)	Frasco	10%	3	2	2
Zinc (Sulfato)	Frasco	2 mg/ml.	19	20	50

ota: La Compra de Medicamentos se realizara basado en su Solicitud de acuerdo al consumo; por lo que es de responsabilidad del Coordinador del Establecimiento de Salud y Encargada de Farmacia.

Firma

e Coordinador:
M: Nylda Martinez

MINISTERIO DE SALUD
REGION SANITARIA No. 16
US EL CIRUELO
Macuelizo, Santa Barbara

Firma

Nombre Encargada de Farmacia: Xiomara Mejia Amador

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UNAH Libertad **Codigo E.S.:** 3361

Pedido bimestral

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	181	48	0
2	Acetaminofén	Frasco	100mg /ml	7	5	15
3	Acetaminofén	Tabletas	500 mg	2,485	776	1,000
4	Aciclovir	Tableta	400 mg	90	40	50
5	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml	1	0	0
6	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg	3,110	390	500
7	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	500mg			
8	Acido fólico	Tabletas	1 mg	3,202	2,990	1,000
9	Acido fólico	Tabletas	5 mg	1,114	63	0
10	Agua destilada	Ampolla	10 ml	88	35	50
11	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml	30	9	0
12	Albendazol	Tabletas	200 mg	575	10	0
13	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg	815	90	0
14	Alprazolan	Tableta	5 mg	0	0	0
15	Amitriptilina	Tableta	25 mg	810	10	0
16	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg / 5ml	21	24	30
17	Amoxicilina (Trihidrato)	Capsula	500 mg	360	628	1,000
18	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	13	2	0
19	Antiespasmódico	Tableta		567	10	0
20	Atenolol	Tabletas	100 mg	740	60	0
21	Azitromicina	Tableta	500 mg	14	33	50
22	Benclometazona	Frasco	Inhalador	12	1	0
23	Benzoato de Bencilo (Locion Escabicida)	Frasco	25%	7	0	0
24	Betametazona	Tubo	1%	19	0	0
25	Calamina Fenolada	Frasco	8%	25	5	0
26	Carbamacepina	Tableta	200 mg	907	30	0
27	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	250mg (polvo para inyect)	0	0	0
28	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	13	14	15
29	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	821	0	0
30	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	20	6	10
31	Clorhexidina (Gluconato)	Galón	20% P/V			
32	Clorhexidina (Gluconato) + Cetrimida	Galón	15%			
33	Cloruro de sodio (Dextrosa en Agua)	Bolsa	0.45% (500 ml.)	5	0	0
34	Cloruro de sodio (Solucion Salina)	Bolsa	0.9% (500 ml.)	3	6	10
35	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	707	47	50
36	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	33	9	10
37	Complejo Vitamina B6	Inyect.	10 ml.	43	1	0
38	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	20	10	20
39	Diazepam	Ampollas	10 mg.	24	0	0
40	Diclofenaco	Ampolla	25 mg/ml	11	14	30
41	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	638	147	0
42	Dicloxacilina (Sodica)	Frasco	125 mg./5 ml.	34	2	0
43	Difenhidramina	Inyect.	10mg /ml. Iny.	8	3	5
44	Difenhidramina	Frasco	2.5 mg/ml.	191	1	0
45	Difenhidramina	Capsula	50 mg	24	1,087	0
46	Digoxina	Tableta	0.25 %	103	10	0
47	Dimenhidrato	Tableta	25 mg			
48	Doxiciclina	capsulas	100 mg.	470	0	0
49	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	3,991	841	1,000
50	Enalapril (Maleato)	Tableta	5 mg			
51	Eritromicina	Frasco	200mg /5ml No Estolato (Susp. Oral	21	4	0
52	Eritromicina	Tableta	500 mg (No Estolato)	64	0	0
53	Espironolactona	Tableta	100 mg.	30	0	0
54	Estreptomicina	Tableta	1 g.			
55	Fenitoina (Sodica)	Frasco	125 mg. /ml.	1	0	0
56	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	1,370	300	500
57	Fenobarbital	Amp				
58	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	30 mg.			
59	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	302	180	100

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Salud

Pedido bimestral

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Libertad Codigo E.S.: 3361

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
60	Fluconazol	Tableta	150 mg	104	7	0
61	Fluoruro	Tableta	1 mg	725	0	0
62	Furosemida	Tabletas	40 mg	2,972	190	500
63	Furosemida	Ampollas	10 mg /ml.	11	9	10
64	Gentamicina	Amp	8 mg /ml	23	0	0
65	Glibenclamida	Tabletas	5 mg	4,835	787	0
66	Hidralazina	Frasco	20 mg/ml			
67	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	2,630	660	500
68	Hidroclorotiazida	Tableta	50 mg			
69	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	37	3	0
70	Hidrocortisona Succinato	Frasco	100mg / ml Inyect.	0	3	10
71	Hidrocortisona Succinato	Frasco	500mg / ml Inyect.	8	18	30
72	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	88	27	50
73	Hioscina (Antiespasmodico)	Amp.	20 mg.	29	0	0
74	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	4,502	349	0
75	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	130	11	0
76	Imipramina	Grageas	25 mg			
77	Irbersartan	Tableta	300 mg.	2,300	935	0
78	Jalea Lubricante Esteril (KY)	Tubo	Lubricante	7	0	7
79	Ketoconazol	Tableta	200 mg			
80	Ketoconazol	Tubo	2%	25	9	0
81	Lactato de Ringer (Solucion Hartman)	Bolsa	1000 ml.	3	0	0
82	Lidocaína	Frasco	2%+1:200.000	0	0	0
83	Lidocaina Con Epinefrina	Frasco	2% Equiv. 20mg./ml.	6	0	0
84	Lidocaina	Frasco	10% Equiv. 100mg./ml.			
85	Loratadina	Frasco	120 mg /ml.	59	28	30
86	Loratadina	Tableta	10 mg	743	252	1,000
87	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	3,448	1,301	1,000
88	Metocarbamol	Tabletas	500 mg.	836	51	0
89	Metoclopramida	Tableta	10 mg	328	37	0
90	Metoclopramida	Ampolla	5 mg/2ml	4	1	0
91	Metronidazol	Tableta	500 mg	13	4	0
92	Metronidazol (Benzoato)	Frasco	125mg /5ml	34	0	0
93	Metronidazol (crema vaginal)	Tubo		4	0	0
94	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	237	330	500
95	Multivitaminas Pediátricas	Frasco	Frasco	110	71	0
96	Multivitaminas prenatales+acido fólico+Fluor	Capsulas	Capsulas	5,842	1,560	0
97	Nafazolina	Colirio		9	2	10
98	Nifedipina	Tableta	10 mg	0	600	
99	Nifedipina	Tableta	20 mg	0	60	200
00	Nistatina	Frasco	100.000UI / ml.	16	2	0
01	Nitrofurantoina (spasmo-urolong)	Tableta	50 mg	101	36	0
02	Oxitetraciclina + polimixinaB (Vexin)	Tubo	5mg/G 10000UI.	25	0	0
03	Penicilina G Benzatinica	Frasco	1,200.000 U.I. Inyect.	5	14	25
04	Penicilina G Procainica	Frasco	4,000.000 U.I: inyect	5	0	0
05	Permetrina (Gamesan)	Tubo	5%	2	0	0
06	Permetrina (Gamesan) Piojex Shampo	Frasco	1%	5	0	0
07	Petrolato Sólido (Vaselina)	Tarro	Parafina Blanda	1	1	1
08	Piperazina Citrato	Frasco	500mg. / 5ml.	19	0	0
09	Piridoxina (Vitamina B6)	Tableta	50 mg	70	0	0
10	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	5	1	10
11	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Triple antibiotico	17	5	10
12	Prednisona	Tabletas	5 mg	158	5	0
13	Prednisona	Tableta	50 mg	227	5	0
14	Propanolol	Tabletas	40 mg.	121	30	0
15	Ranitidina	Tableta	150 mg			
16	Ranitidina	Frasco	75 mg/5ml			

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Libertad **Codigo E.S.:** 3361 **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
117	Salbutamol	Tabletas	4 mg	93	0	0
118	Salbutamol	Frasco	2mg / 5ml	27	0	0
119	Salbutamol	Frasco	5mg / ml / nebulizador.	68	0	0
120	Salbutamol	Frasco	100mg. / disparo inhalador	53	9	0
121	Sales de Rehidratación oral	Sobres	20 5 g	109	0	0
122	Salicilato de metilo	Tarro	5%	18	0	0
123	Sulfadiazina de Plata 1%	Tubo	10 mg/g	36	2	0
124	Sulfato de Zinc	Tableta	20 mg.			
125	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	2,912	2,194	1,500
126	Sulfato ferroso	Frasco	125mg / ml	87	48	50
127	Tetraciclina	Capsula	500 mg (prog. Cólera)	129	0	0
128	Tinidazol	Tabletas	500 mg.	74	40	100
129	Trimetopin / Sulfametoxazol	Frasco	40 mg +200mg /5ml susp.	32	8	10
130	Trimetopin / Sulfametoxazol	Tabletas	160mg + 800mg	215	98	200
131	Valproato	Tableta	500 mg			
132	Valproato	Frasco	200 mg/ml			
133	Vitamina B 1 (Tiamina)	Tableta	100 mg	125	0	0
134	Vitamina B 1 (Tiamina) Inyect.	Frasco	100 mg/ml.	5	5	10
135	Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Ampolla	10mg. / ml.	1	0	0
136	Yodo + polivinil pirrolidona (yodo povidona)	Frasco	10%			
137	Zinc (Sulfato)	Frasco	2 mg/ml.	12	1	0

Nota: La Compra de Medicamentos se realizara basado en su Solicitud de acuerdo al consumo, por lo que es de responsabilidad del Coordinador del Establecimiento de Salud y Encargada de Farmacia.

Firma

Nombre Coordinador ESFAM: Kathleen Montejo

SECRETARIA DE SALUD U.S. LA LIBERTAD REGIÓN SANITARIA No. 16 MACUELIZO SANTA BÁRBARA HONDURAS

Firma

Nombre Encargada de Farmacia: Nubia Rodas

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UAPS Rosario **Codigo E.S.:** 81175 **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml.	98	41	100
2	Acetaminofén	Frasco	100mg /ml.	37	8	50
3	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	54	785	2,000
4	Aciclovir	Tableta	400 mg	151	0	0
5	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml	0	0	2
6	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	0	388	3,000
7	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	500mg.	0	0	0
8	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	700	349	
9	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	320	372	600
10	Agua destilada	Ampolla	10 ml.	198	3	0
11	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	76	7	20
12	Albendazol	Tabletas	200 mg.	44	18	80
13	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	479	209	500
14	Alprazolan	Tableta	5 mg	0	0	0
15	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	100	0	0
16	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg / 5ml	104	15	30
17	Amoxicilina (Trihidrato)	Capsula	500 mg..	3,700	124	0
18	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	76	3	0
19	Antiespasmódico	Tableta		267	75	300
20	Atenolol	Tabletas	100 mg.	0	22	500
21	Azitromicina	Tableta	500 mg	137	8	0
22	Benclometazona	Frasco	Inhalador	5	3	15
23	Benzoato de Bencilo (Locion Escabicida)	Frasco	25%	34	0	0
24	Betametazona	Tubo	1%	17	4	20
25	Calamina Fenolada	Frasco	8%	12	3	15
26	Carbamacepina	Tableta	200 mg	338	56	500
27	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	250mg.(polvo para inyect)	0	0	0
28	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	44	0	0
29	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	380	60	300
30	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	5	4	15
31	Clorhexidina (Gluconato)	Galón	20% P/V	1	0	1
32	Clorhexidina (Gluconato) + Cetrimida	Galón	15%	0	0	1
33	Cloruro de sodio (Dextrosa en Agua)	Bolsa	0.45% (500 ml.)	3	0	0
34	Cloruro de sodio (Solucion Salina)	Bolsa	0.9% (500 ml.)	20	0	0
35	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	94	15	30
36	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	23	7	15
37	Complejo Vitamina B6	Inyect.	10 ml.	28	6	0
38	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	33	9	30
39	Diazepam	Ampollas	10 mg.	16	6	0
40	Diclofenaco	Ampolla	25 mg/ml	42	16	50
41	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	124	98	300
42	Dicloxacilina (Sodica)	Frasco	125 mg./5 ml.	6	6	30
43	Difenhidramina	Inyect.	10mg /ml. Iny.	7	1	0
44	Difenhidramina	Frasco	2.5 mg/ml.	37		50
45	Difenhidramina	Capsula	50 mg	1261	5	0
46	Digoxina	Tableta	0.25 %	100	14	0
47	Dimenhidrato	Tableta	25 mg	0	0	0
48	Doxiciclina	capsulas	100 mg.	345	0	0
49	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	1,112	1085	2000
50	Enalapril (Maleato)	Tableta	5 mg	0	0	0
51	Eritromicina	Frasco	200mg./5ml No Estolato (Susp. Oral	18	10	0
52	Eritromicina	Tableta	500 mg (No Estolato)	98	14	0
53	Espironolactona	Tableta	100 mg.	27	0	0
54	Estreptomicina	Tableta	1 g.	0	0	0
55	Fenitoina (Sodica)	Frasco	125 mg. /ml.	2	0	0
56	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	146	112	400
57	Fenobarbital	Amp.		0	0	
58	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	30 mg.	0	0	
59	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	1,116	56	

Salud

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: [illegible] **Codigo E.S.:** 8175

Pedido bimestral

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	48	41	100
2	Acetaminofén	Frasco	100mg /ml	37	8	50
3	Acetaminofén	Tabletas	500 mg	54	785	2,000
4	Aciclovir	Tableta	400 mg	151	0	0
5	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml	0	0	2
6	Acido Acetil Salicilico *	Tabletas	100mg	0	388	3,000
7	Acido Acetil Salicilico *	Tabletas	500mg	0	0	0
8	Acido fólico	Tabletas	1 mg	700	349	
9	Acido fólico	Tabletas	5 mg	320	372	600
10	Agua destilada	Ampolla	10 ml	198	3	0
11	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	76	7	20
12	Albendazol	Tabletas	200 mg.	44	18	80
13	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	479	209	500
14	Alprazolan	Tableta	5 mg	0	0	0
15	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	100	0	0
16	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg / 5ml	104	15	30
17	Amoxicilina (Trihidrato)	Capsula	500 mg.	3,700	124	0
18	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	26	3	0
19	Antiespasmódico	Tableta		267	75	300
20	Atenolol	Tabletas	100 mg.	0	22	500
21	Azitromicina	Tableta	500 mg	137	8	0
22	Benclometazona	Frasco	Inhalador	5	3	15
23	Benzoato de Bencilo (Locion Escabicida)	Frasco	25%	34	0	0
24	Betametazona	Tubo	1%	17	4	20
25	Calamina Fenolada	Frasco	8%	12	3	15
26	Carbamacepina	Tableta	200 mg	338	56	500
27	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	250mg (polvo para inyect)	0	0	0
28	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	44	0	0
29	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	380	60	300
30	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	5	4	15
31	Clorhexidina (Gluconato)	Galón	20% P/V	1	0	1
32	Clorhexidina (Gluconato) + Cetrimida	Galón	15%	0	0	1
33	Cloruro de sodio (Dextrosa en Agua)	Bolsa	0.45% (500 ml.)	3	0	0
34	Cloruro de sodio (Solucion Salina)	Bolsa	0.9% (500 ml.)	20	0	0
35	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	94	15	30
36	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	23	7	15
37	Complejo Vitamina B6	Inyect.	10 ml.	28	6	0
38	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	33	9	30
39	Diazepam	Ampollas	10 mg.	16	6	0
40	Diclofenaco	Ampolla	25 mg/ml	42	16	50
41	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	124	98	300
42	Dicloxacilina (Sodica)	Frasco	125 mg./5 ml.	6	6	30
43	Difenhidramina	Inyect.	10mg /ml. Iny.	7	1	0
44	Difenhidramina	Frasco	2.5 mg/ml.	37		50
45	Difenhidramina	Capsula	50 mg	1261	5	0
46	Digoxina	Tableta	0.25 %	100	14	0
47	Dimenhidrato	Tableta	25 mg	0	0	0
48	Doxiciclina	capsulas	100 mg.	345	0	0
49	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	1,112	1085	2000
50	Enalapril (Maleato)	Tableta	5 mg	0	0	0
51	Eritromicina	Frasco	200mg./5ml No Estolato (Susp. Oral	18	10	0
52	Eritromicina	Tableta	500 mg (No Estolato)	98	14	0
53	Espironolactona	Tableta	100 mg.	27	0	0
54	Estreptomicina	Tableta	1 g.	0	0	0
55	Fenitoina (Sodica)	Frasco	125 mg. /ml.	2	0	0
56	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	146	112	400
57	Fenobarbital	Amp.		0	0	
58	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	30 mg.	0	0	
59	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	1,116	56	

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UAPS Rosario **Codigo E.S.:** 81175

Pedido bimestral

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
60	Fluconazol	Tableta	150 mg	40	9	30
61	Fluoruro	Tableta	1 mg	400	0	200
62	Furosemida	Tabletas	40 mg.	411	623	1500
63	Furosemida	Ampollas	10 mg. /ml.	13	0	0
64	Gentamicina	Amp.	8 mg /ml	33	6	0
65	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	2172	439	1000
66	Hidralazina	Frasco	20 mg/ml	0	0	0
67	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	0	805	2,500
68	Hidroclorotiazida	Tableta	50 mg	0	0	0
69	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	18	2	10
70	Hidrocortisona Succinato	Frasco	100mg. / ml. Inyect.	4	0	5
71	Hidrocortisona Succinato	Frasco	500mg. / ml. Inyect.	20	2	0
72	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	37	25	100
73	Hioscina (Antiespasmodico)	Amp.	20 mg.	38	0	0
74	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	1271	375	500
75	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	101	14	30
76	Imipramina	Grageas	25 mg.	0		0
77	Irbersartan	Tableta	300 mg.	745	1131	2500
78	Jalea Lubricante Esteril (KY)	Tubo	Lubricante	1	0	2
79	Ketoconazol	Tableta	200 mg	0	0	0
80	Ketoconazol	Tubo	2%	5	3	25
81	Lactato de Ringer (Solucion Hartman)	Bolsa	1000 ml.	1	0	1
82	Lidocaína	Frasco	2%+1:200.000	0	0	0
83	Lidocaina Con Epinefrina	Frasco	2% Equiv. 20mg./ml.	0	0	0
84	Lidocaina	Frasco	10% Equiv. 100mg./ml.	2	0	2
85	Loratadina	Frasco	120 mg /ml.	90	26	20
86	Loratadina	Tableta	10 mg	480	220	300
87	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	581	918	2,500
88	Metocarbamol	Tabletas	500 mg.	340	92	3,00
89	Metoclopramida	Tableta	10 mg	45	10	0
90	Metoclopramida	Ampolla	5 mg/2ml	8	0	0
91	Metronidazol	Tableta	500 mg	33	48	150
92	Metronidazol (Benzoato)	Frasco	125mg./5ml	16	3	20
93	Metronidazol (crema vaginal)	Tubo		14	0	0
94	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	2650	40	0
95	Multivitaminas Pediátricas	Frasco	Frasco	175	11	0
96	Multivitaminas prenatales+acido fólico+Fluor	Capsulas	Capsulas	7,000	1308	0
97	Nafazolina	Colirio		14	0	10
98	Nifedipina	Tableta	10 mg	0	0	0
99	Nifedipina	Tableta	20 mg	38	166	300
00	Nistatina	Frasco	100.000UI / ml.	53	6	0
01	Nitrofurantoina (spasmo-urolong)	Tableta	50 mg	70	0	100
02	Oxitetraciclina + polimixinaB (Vexin)	Tubo	5mg/G 10000UI.	17	2	10
03	Penicilina G Benzatinica	Frasco	1,200.000 U.I. Inyect.	21	0	0
04	Penicilina G Procainica	Frasco	4,000.000 U:I: inyect	11	3	0
05	Permetrina (Gamesan)	Tubo	5%	2	0	0
06	Permetrina (Gamesan) Piojex Shampo	Frasco	1%	4	0	5
07	Petrolato Sólido (Vaselina)	Tarro	Parafina Blanda	0	0	2
08	Piperazina Citrato	Frasco	500mg. / 5ml.	14	3	0
09	Piridoxina (Vitamina B6)	Tableta	50 mg	80	0	0
10	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	19	0	10
11	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Triple antibiotico	12	2	20
12	Prednisona	Tabletas	5 mg	86	98	150
13	Prednisona	Tableta	50 mg	72	14	100
14	Propanolol	Tabletas	40 mg.	364	84	200
15	Ranitidina Omeprazol	Tableta	150 mg 20mg	210	265	800
16	Ranitidina Omeprazol	Frasco	75 mg/5ml 40mg	840	30	

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UAPS ROSARIO **Codigo E.S.:** 81175 **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
117	Salbutamol	Tabletas	4 mg.	34	0	
118	Salbutamol	Frasco	2mg. / 5ml.	20	11	80
119	Salbutamol	Frasco	5mg. / ml. / nebulizador.	38	2	0
120	Salbutamol	Frasco	100mg. / disparo inhalador.	58	8	0
121	Sales de Rehidratación oral	Sobres	20.5 g	145	66	50
122	Salicilato de metilo	Tarro	5%	4	1	10
123	Sulfadiazina de Plata 1%	Tubo	10 mg/g	21	0	0
124	Sulfato de Zinc	Tableta	20 mg.	0		0
125	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	0	539	2000
126	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	69	66	100
127	Tetraciclina	Capsula	500 mg (prog. Cólera)	0	0	0
128	Tinidazol	Tabletas	500 mg.	110	8	0
129	Trimetopin / Sulfametoxazol	Frasco	40 mg.+200mg /5ml susp.	33	9	15
130	Trimetopin / Sulfametoxazol	Tabletas	160mg + 800mg	0	0	100
131	Valproato Azitromicina	~~Tabletas~~ Frasco	500 mg	0	0	30
132	Valproato	Frasco	200 mg/ml	0	0	0
133	Vitamina B 1 (Tiamina)	Tableta	100 mg	27		100
134	Vitamina B 1 (Tiamina) Inyect.	Frasco	100 mg/ml.	18	0	0
135	Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Ampolla	10mg. / ml.	5	0	0
136	Yodo + polivinil pirrolidona (yodo povidona)	Frasco	10%	0	0	2
137	Zinc (Sulfato)	Frasco	2 mg/ml.	19	2	0

Nota: La Compra de Medicamentos se realizara basado en su Solicitud de acuerdo al consumo; por lo que es de responsabilidad del Coordinador del Establecimiento de Salud y Encargada de Farmacia.

Firma

Nombre Coordinador SFAM:

SECRETARÍA DE SALUD U.S. EL ROSARIO REGION SANITARIA No. 16 MACUELIZO, SANTA BARBARA, HONDURAS

Firma

Nombre Encargada de Farmacia: Blanca Patricia Garcia

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Abundancia **Codigo E.S.:** 81167 Enero **Pedido bimestral**

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml.	64	42	50
2	Acetaminofén	Frasco	100mg /ml.	31	8	10
3	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	15082	495	500
4	Aciclovir	Tableta	400 mg	189	0	0
5	Aciclovir	Frasco	200 mg./ml	0	0	3
6	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	1693	245	200
7	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	500mg.			
8	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	1180	1170	1500
9	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	495	379	1000
10	Agua destilada	Ampolla	10 ml.	52	0	10
11	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	22	2	10
12	Albendazol	Tabletas	200 mg.	224	90	100
13	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	580	0	0
14	Alprazolan	Tableta	5 mg			
15	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	453	115	100
16	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg / 5ml	112	0	0
17	Amoxicilina (Trihidrato)	Capsula	500 mg..	2038	80	0
18	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	11	1	0
19	Antiespasmódico	Tableta		240	170	500
20	Atenolol	Tabletas	100 mg.	200	0	100
21	Azitromicina	Tableta	500 mg	427	0	0
22	Benclometazona	Frasco	Inhalador	1	4	15
23	Benzoato de Bencilo (Locion Escabicida)	Frasco	25%	14	0	0
24	Betametazona	Tubo	1%	17	0	0
25	Calamina Fenolada	Frasco	8%	10	1	10
26	Carbamacepina	Tableta	200 mg	498	120	100
27	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	250mg.(polvo para inyect)			
28	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	42	0	0
29	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	160	70	100
30	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	14	1	0
31	Clorhexidina (Gluconato)	Galón	20% P/V	2	2	0
32	Clorhexidina (Gluconato) + Cetrimida	Galón	15%	33	0	0
33	Cloruro de sodio (Dextrosa en Agua)	Bolsa	0.45% (500 ml.)	33	0	0
34	Cloruro de sodio (Solucion Salina)	Bolsa	0.9% (500 ml.)	44	7	10
35	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	104	14	20
36	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	6	0	10
37	Complejo Vitamina B6	Inyect.	10 ml.	22	2	5
38	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	31	6	0
39	Diazepam	Ampollas	10 mg.	24	0	0
40	Diclofenaco	Ampolla	25 mg/ml	32	3	0
41	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	266	145	300
42	Dicloxacilina (Sodica)	Frasco	125 mg./5 ml.	28	1	10
43	Difenhidramina	Inyect.	10mg /ml. Iny.	25	0	0
44	Difenhidramina	Frasco	2.5 mg/ml.	184	11	0
45	Difenhidramina	Capsula	50 mg	406	70	0
46	Digoxina	Tableta	0.25 %	224	120	100
47	Dimenhidrato	Tableta	25 mg			
48	Doxiciclina	capsulas	100 mg.	420	20	0
49	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	4594	120	0
50	Enalapril (Maleato)	Tableta	5 mg			
51	Eritromicina	Frasco	200mg./5ml No Estolato (Susp. Oral	11	0	0
52	Eritromicina	Tableta	500 mg (No Estolato)	100	0	0
53	Espironolactona	Tableta	100 mg.	55	0	0
54	Estreptomicina	Tableta	1 g.			
55	Fenitoina (Sodica)	Frasco	125 mg. /ml.	1	0	0
56	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	336	180	500
57	Fenobarbital	Amp.				
58	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	30 mg.			
59	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	1046	120	0

Salud

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: CMS Quebrada **Codigo E.S.:** 81167

Pedido bimestral

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
60	Fluconazol	Tableta	150 mg	67	1	200
61	Fluoruro	Tableta	1 mg	725	0	0
62	Furosemida	Tabletas	40 mg	4371	0	0
63	Furosemida	Ampollas	10 mg. /ml.	12	0	0
64	Gentamicina	Amp	8 mg /ml	18	2	0
65	Glibenclamida	Tabletas	5 mg	1166	34	0
66	Hidralazina	Frasco	20 mg/ml			
67	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	1190	290	1000
68	Hidroclorotiazida	Tableta	50 mg			
69	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	30	7	10
70	Hidrocortisona Succinato	Frasco	100mg. / ml. Inyect.	22	1	0
71	Hidrocortisona Succinato	Frasco	500mg. / ml. Inyect.	16	0	0
72	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	877	5	20
73	Hioscina (Antiespasmodico)	Amp.	20 mg.	28	0	0
74	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	1234	497	500
75	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	1166	5	0
76	Imipramina	Grageas	25 mg.			
77	Irbersartan	Tableta	300 mg.	1008	336	1500
78	Jalea Lubricante Esteril (KY)	Tubo	Lubricante	3	0	0
79	Ketoconazol	Tableta	200 mg			
80	Ketoconazol	Tubo	2%	206	4	15
81	Lactato de Ringer (Solucion Hartman)	Bolsa	1000 ml.	1	0	33
82	Lidocaína	Frasco	2%+1:200.000			
83	Lidocaína Con Epinefrina	Frasco	2% Equiv. 20mg./ml.	3	0	0
84	Lidocaína	Frasco	10% Equiv. 100mg./ml.			
85	Loratadina	Frasco	120 mg /ml.	366	17	100
86	Loratadina	Tableta	10 mg	1844	285	500
87	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	3546	138	0
88	Metocarbamol	Tabletas	500 mg.	225	1160	500
89	Metoclopramida	Tableta	10 mg	90	34	3000
90	Metoclopramida	Ampolla	5 mg/2ml	23	1	0
91	Metronidazol	Tableta	500 mg	367	50	200
92	Metronidazol (Benzoato)	Frasco	125mg./5ml	266	2	10
93	Metronidazol (crema vaginal)	Tubo		9	0	0
94	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	1576	1060	2000
95	Multivitaminas Pediátricas	Frasco		284	17	0
96	Multivitaminas prenatales+acido fólico+Fluor	Capsulas	Capsulas	30033	324	0
97	Nafazolina	Colirio		0	9	20
98	Nifedipina	Tableta	10 mg			
99	Nifedipina	Tableta	20 mg	192	35	200
100	Nistatina	Frasco	100.000UI / ml.	111	11	10
101	Nitrofurantoina (spasmo-urolong)	Tableta	50 mg	128	28	100
102	Oxitetraciclina + polimixinaB (Vexin)	Tubo	5mg/G 10000UI.	16	2	10
103	Penicilina G Benzatinica	Frasco	1,200.000 U.I. Inyect.	34	4	0
104	Penicilina G Procainica	Frasco	4,000.000 U:I: inyect	10	0	0
105	Permetrina (Gamesan)	Tubo	5%	2	0	0
106	Permetrina (Gamesan) Piojex Shampo	Frasco	1%	5	0	5
107	Petrolato Sólido (Vaselina)	Tarro	Parafina Blanda	1	0	5
108	Piperazina Citrato	Frasco	500mg. / 5ml.	111	1	5
109	Piridoxina (Vitamina B6)	Tableta	50 mg	100	0	0
110	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	111	0	0
111	Polimixina B3000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Triple antibiotico	18	3	10
112	Prednisona	Tabletas	5 mg	263	263	500
113	Prednisona	Tableta	50 mg	200	0	0
114	Propranolol	Tabletas	40 mg.	300	0	0
115	Ranitidina	Tableta	150 mg			
116	Ranitidina	Frasco	75 mg/5ml			

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Aguacatera **Codigo E.S.:** 8167

Pedido bimestral

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
117	Salbutamol	Tabletas	4 mg.	100	0	0
118	Salbutamol	Frasco	2mg. / 5ml.	122	0	0
119	Salbutamol	Frasco	5mg. / ml. / nebulizador.	30	1	0
120	Salbutamol	Frasco	100mg. / disparo inhalador.	40	8	10
121	Sales de Rehidratación oral	Sobres	20.5 g	264	42	0
122	Salicilato de metilo	Tarro	5%	6	0	5
123	Sulfadiazina de Plata 1%	Tubo	10 mg/g	13	5	10
124	Sulfato de Zinc	Tableta	20 mg.			
125	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	1949	419	500
126	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	212	36	0
127	Tetraciclina	Capsula	500 mg (prog. Cólera)	0	0	0
128	Tinidazol	Tabletas	500 mg.	72	8	50
129	Trimetopin / Sulfametoxazol	Frasco	40 mg.+200mg /5ml susp.	71	0	0
130	Trimetopin / Sulfametoxazol	Tabletas	160mg + 800mg	150	0	50
131	Valproato	Tableta	500 mg			
132	Valproato	Frasco	200 mg/ml			
133	Vitamina B 1 (Tiamina)	Tableta	100 mg			
134	Vitamina B 1 (Tiamina) Inyect.	Frasco	100 mg/ml.	2	1	30
135	Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Ampolla	10mg. / ml.	18	0	0
136	Yodo + polivinil pirrolidona (yodo povidona)	Frasco	10%	2	0	0
137	Zinc (Sulfato)	Frasco	2 mg/ml.	9	7	20

Nota: La Compra de Medicamentos se realizara basado en su Solicitud de acuerdo al consumo; por lo que es de responsabilidad del Coordinador del Establecimiento de Salud y Encargada de Farmacia.

Firma

Nombre Coordinador
CM: Evelyn Villanueva

DRA. EVELYN MERARY VILLANUEVA GOMEZ · COLEGIO MEDICO DE HONDURAS · CMH · 0032117775

Firma

Nombre Encargada de Farmacia: Jensy Madrid

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UAB LA FLECHA **Codigo E.S.:** 8219

Pedido bimestral

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml			500
2	Acetaminofén	Frasco	100mg /ml.			100
3	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.			8000
4	Aciclovir	Tableta	400 mg			0
5	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml			5
6	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.			7,000
7	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	500mg.	—	—	0
8	Acido fólico	Tabletas	1 mg.			20,000
9	Acido fólico	Tabletas	5 mg.			5,000
10	Agua destilada	Ampolla	10 ml.			500
11	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.			120
12	Albendazol	Tabletas	200 mg.			300
13	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.			0
14	Alprazolan	Tableta	5 mg			500
15	Amitriptilina	Tableta	25 mg.			500
16	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml			250
17	Amoxicilina (Trihidrato)	Capsula	500 mg..			5000
18	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal			20
19	Antiespasmódico	Tableta				1000
20	Atenolol	Tabletas	100 mg.			3000
21	Azitromicina	Tableta	500 mg			1000
22	Benclometazona	Frasco	Inhalador			30
23	Benzoato de Bencilo (Locion Escabicida)	Frasco	25%			20
24	Betametazona	Tubo	1%		1	50
25	Calamina Fenolada	Frasco	8%			60
26	Carbamacepina	Tableta	200 mg			4000
27	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	250mg.(polvo para inyect)			—
28	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo			200
29	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.			3000
30	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio			30
31	Clorhexidina (Gluconato)	Galón	20% P/V			3
32	Clorhexidina (Gluconato) + Cetrimida	Galón	15%			5
33	Cloruro de sodio (Dextrosa en Agua)	Bolsa	0.45% (500 ml.)			5
34	Cloruro de sodio (Solucion Salina)	Bolsa	0.9% (500 ml.)			30
35	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.			500
36	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)			70
37	Complejo Vitamina B6	Inyect.	10 ml.			30
38	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml			200
39	Diazepam	Ampollas	10 mg.			—
40	Diclofenaco	Ampolla	25 mg/ml			250
41	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.			2000
42	Dicloxacilina (Sodica)	Frasco	125 mg./5 ml.			50
43	Difenhidramina	Inyect.	10mg /ml. Iny.			20
44	Difenhidramina	Frasco	2.5 mg/ml.			200
45	Difenhidramina	Capsula	50 mg			3000
46	Digoxina	Tableta	0.25 %			200
47	Dimenhidrato	Tableta	25 mg			—
48	Doxiciclina	capsulas	100 mg.			1000
49	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg			7000
50	Enalapril (Maleato)	Tableta	5 mg		—	—
51	Eritromicina	Frasco	200mg./5ml No Estolato (Susp. Oral			30
52	Eritromicina	Tableta	500 mg (No Estolato)			100
53	Espironolactona	Tableta	100 mg.			—
54	Estreptomicina	Tableta	1 g.			—
55	Fenitoina (Sodica)	Frasco	125 mg. /ml.			3
56	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.			3000
57	Fenobarbital	Amp.				—
58	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	30 mg.			—
59	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.			3000

SECRETARIA DE SALUD REGION DEPTAL RAAS MACUELIZO

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UAPS LA TECHA **Codigo E.S.:** 82614

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Pedido bimestral Cantidad Solicitada
60	Fluconazol	Tableta	150 mg	—	—	400
61	Fluoruro	Tableta	1 mg	—	—	6000
62	Furosemida	Tabletas	40 mg.	—	—	3,000
63	Furosemida	Ampollas	10 mg. /ml.	—	—	80
64	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	—	—	80
65	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	—	—	20,000
66	Hidralazina	Frasco	20 mg/ml	0	0	0
67	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	—	—	10,000
68	Hidroclorotiazida	Tableta	50 mg	—	—	0
69	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	—	—	50
70	Hidrocortisona Succinato	Frasco	100mg. / ml. Inyect.	—	—	30
71	Hidrocortisona Succinato	Frasco	500mg. / ml. Inyect.	—	—	50
72	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	—	—	500
73	Hioscina (Antiespasmodico)	Amp.	20 mg.	—	—	60
74	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	—	—	6000
75	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	—	—	400
76	Imipramina	Grageas	25 mg.	0	0	0
77	Irbersartan	Tableta	300 mg.	—	—	15,000
78	Jalea Lubricante Esteril (KY)	Tubo	Lubricante	—	—	50
79	Ketoconazol	Tableta	200 mg	0	0	90
80	Ketoconazol	Tubo	2%	—	—	90
81	Lactato de Ringer (Solucion Hartman)	Bolsa	1000 ml.	—	—	2
82	Lidocaína	Frasco	2%+1:200.000	—	—	20
83	Lidocaína Con Epinefrina	Frasco	2% Equiv. 20mg./ml.	0	0	0
84	Lidocaína	Frasco	10% Equiv. 100mg./ml.	0	0	0
85	Loratadina	Frasco	120 mg /ml.	—	—	300
86	Loratadina	Tableta	10 mg	—	—	3,000
87	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	0	0	20,000
88	Metocarbamol	Tabletas	500 mg.	—	—	3,000
89	Metoclopramida	Tableta	10 mg	—	—	500
90	Metoclopramida	Ampolla	5 mg/2ml	—	—	50
91	Metronidazol	Tableta	500 mg	—	—	2000
92	Metronidazol (Benzoato)	Frasco	125mg./5ml	—	—	60
93	Metronidazol (crema vaginal)	Tubo		—	—	60
94	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	—	—	6,000
95	Multivitaminas Pediátricas	Frasco	Frasco	—	—	200
96	Multivitaminas prenatales+acido fólico+Fluor	Capsulas	Capsulas	—	—	30,000
97	Nafazolina	Colirio		—	—	50
98	Nifedipina	Tableta	10 mg	0	0	0
99	Nifedipina	Tableta	20 mg	—	—	2000
100	Nistatina	Frasco	100.000UI / ml.	—	—	50
101	Nitrofurantoina (spasmo-urolong)	Tableta	50 mg	—	—	3,000
102	Oxitetraciclina + polimixinaB (Vexin)	Tubo	5mg/G 10000UI.	—	—	50
103	Penicilina G Benzatinica	Frasco	1,200.000 U.I. Inyect.	—	—	50
104	Penicilina G Procainica	Frasco	4,000.000 U:I: inyect	—	—	50
105	Permetrina (Gamesan)	Tubo	5%	—	—	5
106	Permetrina (Gamesan) Piojex Shampo	Frasco	1%	—	—	10
107	Petrolato Sólido (Vaselina)	Tarro	Parafina Blanda	—	—	5
108	Piperazina Citrato	Frasco	500mg. / 5ml.	—	—	30
109	Piridoxina (Vitamina B6)	Tableta	50 mg	—	—	100
110	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	—	—	80
111	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Triple antibiotico	—	—	60
112	Prednisona	Tabletas	5 mg	—	—	500
113	Prednisona	Tableta	50 mg	—	—	100
114	Propanolol	Tabletas	40 mg.	—	—	500
115	Ranitidina	Tableta	150 mg	0	0	0
116	Ranitidina	Frasco	75 mg/5ml	—	—	50

SECRETARIA DE SALUD REGION DEPTAL No 1 UAPS LA TECHA MACUELIZO

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

GESTOR: ALCALDIA MUNICIAPL DE MACUELIZO S.B.

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: UAPS LA FLECHA **Codigo E.S.:** 82679

Pedido bimestral

N.	NOMBRE	Presentacion	Concentracion	Saldo Final	Total Salidas	Cantidad Solicitada
117	Salbutamol	Tabletas	4 mg.	—	—	200
118	Salbutamol	Frasco	2mg. / 5ml.	—	—	50
119	Salbutamol	Frasco	5mg. / ml. / nebulizador.	—	—	20
120	Salbutamol	Frasco	100mg. / disparo inhalador.	—	—	100
121	Sales de Rehidratación oral	Sobres	20.5 g	—	—	400
122	Salicilato de metilo	Tarro	5%	—	—	20
123	Sulfadiazina de Plata 1%	Tubo	10 mg/g	—	—	30
124	Sulfato de Zinc	Tableta	20 mg.	—	—	—
125	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	—	—	20,000
126	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	—	—	500
127	Tetraciclina	Capsula	500 mg (prog. Cólera)	—	—	0
128	Tinidazol	Tabletas	500 mg.	—	—	500
129	Trimetopin / Sulfametoxazol	Frasco	40 mg.+200mg /5ml susp.	—	—	100
130	Trimetopin / Sulfametoxazol	Tabletas	160mg + 800mg	—	—	500
131	Valproato	Tableta	500 mg	—	—	—
132	Valproato	Frasco	200 mg/ml	—	—	—
133	Vitamina B 1 (Tiamina)	Tableta	100 mg	—	—	500
134	Vitamina B 1 (Tiamina) Inyect.	Frasco	100 mg/ml.	—	—	30
135	Vitamina K1 (Fitomenadiona)	Ampolla	10mg. / ml.	—	—	10
136	Yodo + polivinil pirrolidona (yodo povidona)	Frasco	10%	—	—	10
137	Zinc (Sulfato)	Frasco	2 mg/ml.	—	—	50

Nota: La Compra de Medicamentos se realizara basado en su Solicitud de acuerdo al consumo; por lo que es de responsabilidad del Coordinador del Establecimiento de Salud y Encargada de Farmacia.

Firma

Nombre Coordinador SFAM: Erica Gonzalez

SECRETARIA DE SALUD REGIONAL DEPTAL No 1 LA FLECHA SANTA BARBARA

Firma

Nombre Encargada de Farmacia: Frany Vásquez Zelaya

Corporación Industrial Farmacéutica S.A. de C.V.
(CORINFAR).
Colonia los Laureles, Calle a la represa
Intersección, anillo periférico
TEL. 32061436

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA

ADQUISICION DE MEDICAMENTOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA EN EL MUNICIPIO DE SANTA BARBARA

CONTRATACION DIRECTA

ORIGINAL

CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA, S.A DE C.V

CORINFAR laboratorios

COTIZACION

CLIENTE: ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO

RTN Cliente: 16139011360075 Fecha: 8/02/2024

Contacto: Angela Abadie angela.abadie@corinfar.com

No.	Descripcion	Presentacion	Cantidad	P UNITARIO	TOTAL
1	Acetaminofen 120mg/5ml	Frasco	250	L 14.00	L 3,500.00
2	Acetaminofen 500mg	Tableta	19000	L 0.30	L 5,700.00
3	Aciclovir de 200mg/ml	Frasco	8	L 140.00	L 1,120.00
4	Acido Acetil Salicilico 100mg	Tableta	23000	L 0.43	L 9,890.00
5	Acido fólico 1mg	Tabletas	30,000	L 0.21	L 6,300.00
6	Acido fólico 5mg	Tabletas	4,600	L 0.22	L 1,012.00
7	Albendazol 400mg/5ml	Frasco	350	L 12.00	L 4,200.00
8	Albendazol 200mg	Tableta	1,500	L 0.70	L 1,050.00
9	Alfametildopa 500mg	Tableta	1,400	L 3.50	L 4,900.00
10	Amitriptilina 25mg	Tableta	1,820	L 1.80	L 3,276.00
11	Amoxicilina de 250mg/5ml	Frasco	270	L 22.00	L 5,940.00
12	Anestesico local+ costicosteroide /proctocaine	Tuvo	30	L 77.00	L 2,310.00
13	Antiespasmodico 5mg	Tableta	3,300	L 1.40	L 4,620.00
14	Atenolol 100mg	Tableta	7,600	L 0.60	L 4,560.00
15	Betemetasona 1% crema	Tubo	115	L 20.00	L 2,300.00
16	Calamina Fenolada 100ml	Frasco	85	L 27.50	L 2,337.50
17	Carbamazepina 200mg	Tableta	4,200	L 0.90	L 3,780.00
18	Ceftriaxona 1gramo	Vial	105	L 14.00	L 1,470.00
19	Ciprofloxacina 500mg	Tableta	2,100	L 1.30	L 2,730.00
20	Cloranfenicol	Frasco	70	L 32.00	L 2,240.00
21	Clotrimazol 500mg	Ovulos	350	L 13.00	L 4,550.00
22	Clotrimazol 1% Crema	Tubo	70	L 17.00	L 1,190.00
23	Dexametasona Iny 4mg/ml	Ampolla	100	L 5.00	L 500.00
24	Dicloxacilina de 500mg	Tableta	2,200	L 3.30	L 7,260.00
25	Difenhidramina 50mg	Tableta	1,500	L 0.90	L 1,350.00
26	Digoxina 0.25%	Tableta	700	L 1.40	L 980.00
27	Enalapril 20mg	Tableta	21,500	L 0.38	L 8,170.00
28	Fenitona 100mg	Capsula	2400	L 1.20	L 2,880.00
29	Fenobarbital de 100mg	Tableta	3000	L 1.85	L 5,550.00
30	Fluconazol 150mg	Capsula	400	L 4.90	L 1,960.00
31	Furosemida 40mg	Tableta	16500	L 0.58	L 9,570.00
32	Gentamicina 8mg/ml	Ampolla	150	L 4.90	L 735.00
33	Glibenclamida 5mg	Tableta	20,500	L 0.26	L 5,330.00

CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA, S.A DE C.V

CORINFAR laboratorios

34	Hidroclorotiazida 25mg	Tabletas	24,000	L	0.57	L	13,680.00
35	Hidrocortisona crema 1%	Tubo	65	L	19.00	L	1,235.00
36	Hidroxido de Aluminio y magnesio 180ml	Frasco	620	L	25.00	L	15,500.00
37	Ibuprofeno 600mg	Tableta	11,500	L	0.76	L	8,740.00
38	Ibuprofeno 100mg/5ml	Frasco	450	L	14.00	L	6,300.00
39	Irbersarsartan 300mg	Tableta	20,500	L	2.10	L	43,050.00
40	ketoconazol 2% crema	Tubo	120	L	19.00	L	2,280.00
41	Loratadina de 10mg	Tableta	4,100	L	0.40	L	1,640.00
42	Metformina de 850mg	Tableta	18,000	L	0.70	L	12,600.00
43	Metoclopramida 10mg	Tableta	650	L	0.80	L	520.00
44	Multivitaminas	Capsulas	9,500	L	0.62	L	5,890.00
45	Nifedipina 20mg	Tableta	700	L	1.80	L	1,260.00
46	Omaprazol de 20mg	Tableta	12,300	L	0.82	L	10,086.00
47	Omaprazol de 40mg	Capsula	2,000	L	2.30	L	4,600.00
48	Polimexina mas Neomicina +Hidrocortosona /Neocortan gotas oticas	Frasco	46	L	94.00	L	4,324.00
49	Polimexina mas Neomicina +Bacitracina	Tubo	65	L	44.00	L	2,860.00
50	Salicilato de Metilo Tarro de Libra	Tarro	60	L	87.00	L	5,220.00
51	Sulfato ferroso de 300mg	Tableta	26,000	L	0.50	L	13,000.00
52	Sulfato Ferroso 125mg/ml	Frasco	550	L	14.00	L	7,700.00
				SUB TOTAL		L	283,745.50
				IMPUESTO		L	-
				TOTAL		L	283,745.50

ANGELA ABADIE
VENTA INSTITUCIONAL

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 08019002265592

CORINFAR S A DE C V
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☑	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☑	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☑
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Fecha de Emisión: 20130809

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 58 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1975.

Ministro Director

Jefe de Departamento de Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicarse al DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras.

Número de Documento DEI-412- 1412326 Transacción: D38BB4

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL

151-24-10500-2437

La DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **CORINFAR S A DE C V**
Con Registro Tributario Nacional: **08019002265592**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-2437 en fecha 22/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418660976 de fecha 22/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de treinta días calendario a partir de la fecha 22/01/2024 hasta 20/02/2024, **la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del Decreto 113-2011.**

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

JONY PORFIRIO JIMENEZ
DIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/, ingresando el número **151-24-10500-2437** o mediante el siguiente código QR:

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-1156

La DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **CORINFAR S A DE C V**
Con Registro Tributario Nacional: **08019002265592**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-1156 en fecha 03/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418312771 de fecha 03/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202401, según Declaración 35741226823, presentada el 02/05/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

JONY PORFIRIO JIMENEZ
DIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-1156** o mediante el siguiente código QR:

ARSA
Gobierno de la República

HONDURAS

CERTIFICADO DE BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA
CERTIFICATE OF GOOD MANUFACTURING PRACTICES

No. ARSA-0522-BPM-0004

Fecha de Emisión/*Date of issue*
20/07/2022

Nombre y Dirección de la Autoridad Certificadora: / *Name and address of certifying authority:*
AGENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA, Avenida Los Alcaldes, Comayagüela, M.D.C., Francisco Morazán, Honduras. Centroamérica.

Datos del Establecimiento / *Data of the Establishment*
Nombre del Fabricante: / Name of manufacturer: CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA S.A. DE C.V. Licencia Sanitaria No.: / Manufacturer's license number: HN-LEPF-0820-0016 Vigencia: / Valid until: 10/12/2022 Dirección del sitio de fabricación: / Address of manufacturing site: COL. 21 DE FEBRERO BULEVAR DE LAS FUERZAS ARMADAS Ciudad: / City: DISTRITO CENTRAL (TEGUCIGALPA) Departamento: / Departament: FRANCISCO MORAZÁN País: / Country: HONDURAS Teléfono: / Phone number: (504) 22270041

Certificación: / *Certification:*
La suscrita Comisionada Presidenta de la Agencia de Regulación Sanitaria, en uso de las facultades que la Ley le confiere mediante Decreto Legislativo No. 7- 2021 que ratifica el Decreto Ejecutivo PCM-032-2017 y su reforma Decreto Ejecutivo PCM-013-2020, **CERTIFICA** que el establecimiento en mención, fue inspeccionado en fecha: 16/06/2022, **CUMPLE** con las Buenas Prácticas de Manufactura de acuerdo con la Legislación vigente, aprobada mediante Resolución No. 339-2014 (COMIECO - LXVII), Anexo 1 339-2014 Reglamento de Buenas Prácticas de Manufactura de la Industria Farmacéutica. / The undersigned President Commissioner of the Health Regulation Agency, in use of the powers conferred by Law by Legislative Decree No. 7-2021 ratifying Executive Decree PCM-032-2017 and its reform Executive Decree PCM-013-2020, *CERTIFIES that the aforementioned establishment, was inspected: 16/06/2022, COMPLIES with Good Manufacturing Practices in accordance with the current Legislation , approved by Resolution No. 339-2014 (COMIECO - LXVII), Annex 1 339-2014 Regulation of Good Manufacturing Practices of the Pharmaceutical Industry.*

Formas Farmacéuticas Autorizadas: / *Authorized Pharmaceutical Forms:*
GAS: / *GAS:* NO APLICA , **SÓLIDOS:** / *SOLIDS:* CÁPSULA CUBIERTA DURA / HARD COVER CAPSULE, TABLETAS O COMPRIMIDOS / TABLETS OR COMPRESSES, POLVOS PARA RECONSTITUIR / POWDERS TO RECONSTRUCT, **LÍQUIDOS:** / *LIQUIDS*: OTRAS SOLUCIONES / OTHER SOLUTIONS, JARABE / SYRUP, **SEMI-SÓLIDOS:** / *SEMI-SOLIDS*: CREMA / CREAM, SUSPENSIÓN / SUSPENSION, GELES / GEL.

El plazo de vencimiento no invalida la posibilidad de realizar verificaciones en cualquier momento en las situaciones previstas en la reglamentación. Este certificado podrá ser cancelado en el momento que el establecimiento deje de cumplir con las Buenas Prácticas de Manufactura; según las no conformidades de la inspección realizada. / *The expiration period does not invalidate the possibility of carrying out verifications at any time in the situations foreseen in the regulations. This certificate may be canceled at the time the establishment fails to comply with Good Manufacturing Practices; according to the nonconformities of the inspection carried out.*

Sin eximir al fabricante de su responsabilidad de mantener la calidad de los lotes individuales de los productos farmacéuticos. / *Without exempting the manufacturer from its responsibility to maintain the quality of individual batches of pharmaceutical products.*

ESTE DOCUMENTO ES VALIDO HASTA EL 20/07/2024
/ THIS DOCUMENT IS VALID UNTIL THE 20/07/2024.

Nombre y cargo de la persona autorizada: / *Name and function of responsible person:*
DRA. DORIAN ELIZABETH SALINAS JIMÉNEZ / COMISIONADA PRESIDENTA
Firma y sello: / *Signature and stamp.*

AGENCIA DE REG. SANITARIA
COMISIONADO PRESIDENTE
(ARSA)

A partir del 12 de junio de 2014, las Buenas Prácticas de Manufactura vigentes en la República de Honduras, se aplican de conformidad al RTCA Productos Farmacé Medicamentos de Uso Humano. Buenas Prácticas de Manufactura para la Industria Farmacéutica, esta normativa tiene correspondencia con el informe 32 elaborado Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud. / As of June 12, 2014, the Good Manufacturing Practices in the Republic of Honduras are applied in accordan the RTCA Pharmaceutical Products, Medicines for Human Use. Good Manufacturing Practices for the Pharmaceutical Industry, this regulation corresponds to the re prepared by the Expert Committee of the World Health Organization.

ARSA
Gobierno de la República

HONDURAS
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

LICENCIA SANITARIA
HN-LEPF-1117-0029

AUTORIZADA PARA:
IMPORTAR,, ALMACENAR,, DISTRIBUIR,, EXPORTAR,, VENTA AL POR MAYOR,, TRANSPORTAR,

PRODUCTOS:
MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, PRODUCTOS COSMÉTICOS, SUPLEMENTOS NUTRICIONALES, DISPOSITIVOS MÉDICOS

SE AUTORIZA EL TRÁMITE DE RENOVACIÓN DE LICENCIA SANITARIA -

NÚMERO DE EXPEDIENTE: **545-04**
TIPO DE ESTABLECIMIENTO: **DROGUERÍA**
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: **DROGUERIA CORINFAR**
NOMBRE DEL PROPIETARIO: **CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA S.A. DE C.V. (CORINFAR)**
DIRECCIÓN: **COMPLEJO DE BODEGA TRES (3), SOBRE EL ANILLO PERIFÉRICO CON LA INTERSECCIÓN A LA COLONIA LOS LAURELES / BODEGA ANEXO 1 CON DIRECCION EN EDIFICIO FAMME - SÓTANO 1 FINAL DEL BOULEVAR KENNEDY, CONTIGUO A COL. JACALEAPA. DISTRITO CENTRAL (TEGUCIGALPA), FRANCISCO MORAZÁN**
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE (CUANDO APLIQUE): **JOAN ROXANA CASTEJON FLORES**
FECHA DE EMISIÓN: **4/08/2023**

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO

6/07/2029

Dra. Gabriela Alejandra Bonilla Zepeda
Directora Nacional de la Dirección de Productos Farmacéuticos y Otros Ramos de Interés Sanitario
Mediante Acuerdo de Delegación No. 474-2023

DOCUMENTO EMITIDO: <<FECHA DE VALIDACIÓN>>

ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDOR.

La emisión del presente certificado y la impresión en soporte físico es una reproducción del documento original que se encuentra en formato electrónico, cuya representación digital goza de plena autenticidad, integridad y no repudio; lo anterior con fundamento en el Decreto Ejecutivo PCM-016-2020 Artículo 02, Artículo 7 de la Ley sobre Firmas Electrónicas reformado mediante Decreto Legislativo 33-2020 Artículo 38 inciso "A".
El establecimiento aquí autorizado podrá en cualquier momento ser cancelado si se demuestre que los datos e información contenidos en el expediente, son erróneos o falsos; que por cualquier otra causa justificada constituya un riesgo previsible para la salud o seguridad de las personas, cuando se compruebe falsedad en la declaración jurada presentada o a petición de parte interesada.

Drogueria Medimas S de R L

Res El Portal ,Calle 1, Bloque C, No.4
Tel:2565-3151/3197/3212 / 98875694
ventas@medimashn.com

Fecha 09/02/2024

Medi+

COTIZACION

Ofrecido a:
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO /SECRETARIA DE SALUD
Tlf.: Fx: 96689382
BARRIO EL CENTRO FRENTE AL PARQUE
MACUELIZO SANTA BARBARA
Codigo: 13051148

Enviado a:
LIC. EDENIA ROMERO
Tlf.: Fx: 96689382
BARRIO EL CENTRO FRENTE AL PARQUE
MACUELIZO SANTA BARBARA
Reg. Tribut.:16139011360075

No.	Descripcion	Presentación	Concentración	CANTIDAD SOLICITADA	PRECIO	TOTAL
1	Acetaminofén	Frasco	120mg./5ml.	250	L. 16.30	L. 4,075.00
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	19000	L. 0.28	L. 5,320.00
3	Aciclovir	Frasco	200 mg./ml	8	L. 108.00	L. 864.00
4	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	23000	L. 0.48	L. 11,040.00
5	Ácido fólico	Tabletas	1 mg.	30000	L. 0.23	L. 6,900.00
6	Ácido fólico	Tabletas	5 mg.	4600	L. 0.17	L. 782.00
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	350	L. 8.40	L. 2,940.00
8	Albendazol	Tabletas	200 mg.	1500	L. 1.08	L. 1,620.00
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	1400	L. 6.15	L. 8,610.00
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	1820	L. 2.40	L. 4,368.00
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	270	L. 17.40	L. 4,698.00
12	Anestésico local corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	30	L. 79.20	L. 2,376.00

13	Antiespasmódico	Tableta		3300	L.	2.28	L.	7,524.00
14	Atenolol	Tabletas	100 mg.	7600	L.	0.48	L.	3,648.00
15	Betametasona	Tubo	1%	115	L.	16.80	L.	1,932.00
16	Calamina Fenolada	Frasco	8%	85	L.	33.60	L.	2,856.00
17	Carbamazepina	Tableta	200 mg	4200	L.	0.96	L.	4,032.00
18	Ceftriaxona (Sódica)	Frasco	1 gramo	105	L.	8.00	L.	840.00
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	2100	L.	1.08	L.	2,268.00
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	70	L.	31.20	L.	2,184.00
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	350	L.	13.50	L.	4,725.00
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	70	L.	16.80	L.	1,176.00
23	Dexametazona Inyecta.	Frasco	4 mg/ml	100	L.	2.20	L.	220.00
24	Dicloxacilina (Sódica)	Capsula	500 mg.	2200	L.	2.10	L.	4,620.00
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	1500	L.	1.08	L.	1,620.00
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	700	L.	1.20	L.	840.00
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	21500	L.	0.48	L.	10,320.00
28	Fenitoína (Sódica)	Capsulas	100 mg.	2400	L.	1.56	L.	3,744.00
29	Fenobarbital (Sódico)	Tabletas	100 mg.	3000	L.	1.68	L.	5,040.00
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	400	L.	7.00	L.	2,800.00
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	16500	L.	0.48	L.	7,920.00
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	150	L.	3.60	L.	540.00
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	20500	L.	0.24	L.	4,920.00
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	24000	L.	0.40	L.	9,600.00
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	65	L.	21.60	L.	1,404.00
36	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	620	L.	24.25	L.	15,035.00
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	11500	L.	0.60	L.	6,900.00
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	450	L.	18.60	L.	8,370.00
39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	20500	L.	2.28	L.	46,740.00
40	Ketoconazol	Tubo	2%	120	L.	19.20	L.	2,304.00
41	Loratadina	Tableta	10 mg	4100	L.	0.27	L.	1,107.00
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	18000	L.	0.60	L.	10,800.00

DROGU
Salud Servicio

43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	650	L.	1.08	L.	702.00
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	9500	L.	0.90	L.	8,550.00
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	700	L.	1.20	L.	840.00
46	Omeprazol	Tableta	20mg	12300	L.	1.00	L.	12,300.00
47	Omeprazol	Tableta	40mg	2000	L.	7.80	L.	15,600.00
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortisona	Gotas	Óticas	46	L.	93.85	L.	4,317.10
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	65	L.	55.00	L.	3,575.00
50	Salicilato de metilo	Tarro	5%	60	L.	40.80	L.	2,448.00
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	26000	L.	0.35	L.	9,100.00
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	550	L.	22.80	L.	12,540.00
					Total---------		L.	299,594.10

COTIZACION VALIDA POR 5 DIAS

DROGUERIA
Medi+
Salud, Servicio y Mucho Mas..!

DROGUE
Medi+
Salud. Servicio y

República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión: 20/01/2020

RTN: 05019007491865

DROGUERIA MEDIMAS, S. DE R.L. DE C.V.
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas Selectivo	[X]	Productores Importadores de Cigarrillos	[ ]
Importador	[X]	Productor Artesanal Licores	[ ]
Exportador	[X]	Distribuidor Alcoholes Finos	[ ]
Empresas	[ ]	Importador Alcoholes Licores	[ ]
Fideicomisos	[ ]		

Base Legal: Art. 1 del Decreto Nº 192 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto Nº 205 de 2002, Art. 12 del Decreto Nº 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas; Art. 8 Decreto de Ley Nº 14 de 1973 y el Reglamento de Facturación de Empresas Acuerdo 43 de 1973, Art 30, 34 y 56 Decreto Nº 11-2010, Art. 44, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 21, 59 numeral 1), 60 numeral 1), 63, 80 numeral 3 y 4, 154 del Código Tributario

Ministro Director

SAR

Nota: Obligado Tributario requerirse ante la oficina de consultas del SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 56 numeral 10 y 11 del Código Tributario

"Tributar es Progreso SAR"

Número de Documento SAR 412- 3/01/2002 Transacción 0882A1

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL

151-24-10500-1963

La DIRECCIÓN REGIONAL NOROCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **DROGUERIA MEDIMAS, S. DE R.L. DE C.V.**
Con Registro Tributario Nacional: **05019007491865**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-1963 en fecha 18/02/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 2541BE24020 de fecha 13/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (SAX), se determina la información siguiente:

ETAX: NO existen registros de omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de treinta días calendario a partir de la fecha 18/01/2024 hasta 18/02/2024, **la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del Decreto 113-2011.**

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY ALVARADO MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTE

(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn, ingresando el número **151-24-10500-1963** o mediante el siguiente código QR

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-4466

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **DROGUERIA MEDIMAS, S. DE R.L. DE C.V.**
Con Registro Tributario Nacional: **05019007491865**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-4466 en fecha 04/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 2541F353195 de fecha 04/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA** para el periodo 202401, según Declaración 35743423642, presentada el 30/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-4466** o mediante el siguiente código QR:

LICENCIA SANITARIA

HN-LEPF-0520-0007

AUTORIZADA PARA:

IMPORTAR,, ALMACENAR,, DISTRIBUIR,, EXPORTAR,, VENTA AL POR MAYOR,, TRANSPORTAR,

PRODUCTOS:

MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, PRODUCTOS COSMÉTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS

SE AUTORIZA EL TRÁMITE DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA - CAMBIO DE PROFESIONAL RESPONSABLE

NÚMERO DE EXPEDIENTE: **ARSA-0520-L-0007**
TIPO DE ESTABLECIMIENTO: **DROGUERÍA**
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: **DROGUERIA MEDIMAS**
NOMBRE DEL PROPIETARIO: **DROGUERIA MEDIMAS S DE R.L DE C.V.**
DIRECCIÓN: **RESIDENCIAL EL PORTAL BLOQUE C CASA N 4 SAN PEDRO SULA, CORTÉS**
NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE (CUANDO APLIQUE): **DR. GERMAN ALFREDO CENTENO BALTAZAR**
FECHA DE EMISIÓN: **4/08/2023**

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO		
11/05/2026		Dra. Gabriela Alejandra Bonilla Zepeda Directora Nacional de la Direccion de Productos Farmaceuticos y Otros Ramos de Interes Sanitario Mediante Acuerdo de Delegacion No. 474-2023

DOCUMENTO EMITIDO: <<FECHA DE VALIDACIÓN>>

ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDOR.

1

PHARMA INTERNACIONAL

Fecha

Dia	Mes	Año
8	Febrero	2024

Nombre del Cliente: Alcaldia Municipal de Macuelizo /RTN 16139011360075
Dirección: Barrio el centro, Macuelizo, Santa Barbara
Atención:

9985-3826

Por este medio se presenta la oferta economica de los productos solicitados por su empresa:

ITEM	Nombre medicamento	Presentación y concentración		Cantidad solicitada	Precio Unitario	Precio Total
1	Acetaminofen jarabe	120mg /5ml	Frasco	250	20.00	5,000.00
7	Albendazol	200mg/5ml	Frasco	350	15.65	5,477.50
11	Amoxicilina Trihidrato	250mg/5ml	Frasco	270	22.00	5,940.00
13	Antiespasmodico	10mg	tableta	3300	1.80	5,940.00
18	Ceftriaxona (sodica) 1%	1%	Frasco	105	15.38	1,614.90
19	Ciprofloxacina	500mg	tableta	2,100	1.15	2,415.00
20	Cloranfenicol colirio	0.50%	Frasco	70	22.00	1,540.00
22	Clotrimazol crema	1%	tubo	70	14.00	980.00
26	Digoxina	0.25mg	tableta	700	0.90	630.00
27	Enalapril (Maleato)	20mg	tableta	21,500	0.44	9,460.00
32	Gentamicina	8mg/ml	Ampolla	150	6.45	967.50
33	Glibenclamida	5mg	tableta	20500	0.22	4,510.00
34	Hidroclorotiazida	25mg	tableta	24000	0.58	13,920.00
35	Hidrocortisona 1%	1%	Tubo	65	21.82	1,418.30
36	Hidroxido de aluminio + Hidroxido de Magnesio	200mg/200mg/5ml	Frasco	620	23.00	14,260.00
37	Ibuprofeno	600mg	tableta	11500	0.50	5,750.00
38	Ibuprofeno	100mg/5ml	Frasco	450	20.00	9,000.00
39	Irbesartan	300mg	tableta recubierta	20500	6.16	126,280.00
41	Loratadina	10mg	tableta	4100	1.38	5,658.00
42	Metformina (Clorhidrato)	850mg	tableta	18000	0.59	10,620.00
46	omeprazol	20mg	tableta	12300	0.96	11,808.00
	********UL********					0.00
						0.00
					Sub-Total	243,189.20
					(+) 15% ISV	-
					Total	243,189.20

Condiciones de Pago: Credito 30 dias
Tiempo de Entrega: INMEDIATA
Validez de la Oferta: 10 DIAS

Observaciones:

Droguería Pharma Internacional S. de R. L.
TEGUCIGALPA, M.D.C. HONDURAS, C.A.
R.T.N. 08019004240592

ALEXIS MOLINA
Firma Asesor de Ventas

LIC. JAHIR MARADIAGA
Autorizado Por:

www.pharmainternacional.com

Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado

Folio:40007
40007
Pagina 1 de 2

CONSTANCIA DE INSCRIPCION

REGISTRO DE PROVEEDORES DEL ESTADO
No. 3605-2023

La Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado (ONCAE), **HACE CONSTAR** que la **Sociedad Mercantil DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL S DE R.L.**, con Registro Tributario Nacional No. **08019004240592** y con domicilio en el municipio de Distrito Central, Departamento de Francisco Morazan, mediante su Representante el señor (a) **Malcon Donald Vasquez Moncada** actuando como apoderado legal el abogado (a) **Alejandro Soto Oviedo** con carnet de colegiación No. **09649** presentó solicitud en fecha 25/01/2023 acompañada con los documentos requeridos para la Inscripción en el Registro de Proveedores y Contratistas del Estado, la cual una vez revisada y analizada, se determinó que cumple con los requisitos establecidos por esta oficina, por lo tanto , se procedió a inscribirla (o) en el Registro de Proveedores de la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado bajo el número de inscripción **3605-2023** en el área de actividad relativa a **Bienes y Servicios**. Corresponderá a los respectivos órganos responsables de la contratación, tanto la evaluación de la capacidad de ejecución como la comprobación de datos referentes a la idoneidad técnica, profesional y solvencia económica-financiera suministrados por la **Sociedad Mercantil DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL S DE R.L.**.

En aplicación a los artículos 120 y 122 de la Ley de la Administración Públic; 1, 2, 22, 23, 24, 25, 26, 31 y 56 de la Ley de Procedimiento Administrativo; 31 numeral 1, 34, 36 y 37 de la Ley de Contratación del Estado; 1, 2, 23, 29, 54, 55, literal a), 57, 59, 61, 62, 64, y 69 del Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, la Oficina Normativa de Contratación y Adquisiciones del Estado extiende la presente **CONSTANCIA DE INSCRIPCION CON VIGENCIA DE TRES (3) AÑOS** a partir de la fecha de emisión. Esta Inscripción podrá ser cancelada en los casos que dispongan la Ley de Contratación del Estado, su Reglamento y otras disposiciones legales.

Emitida en Tegucigalpa, M.D.C. Departamento de Francisco Morazán, a los **10** días del mes **Febrero** del año **2023**.

OFICINA NORMATIVA DE CONTRATACIÓN
Y ADQUISICIONES DEL ESTADO

Fecha de Emisión:	10 febrero 2023, 11:17	Válido por 1095 días.

Código Verificación:

Código de Verificación: **fd98dc70-574f-4cff-b804-a63586964a3a**
Verifique la validez de este documento en:
http://sicc.honducompras.gob.hn/ONCAEcertificado/Certificado.aspx?certificacion=40007

Expediente No.	**40007**
Sociedad Mercantil Nacional	**DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL S DE R.L.**
No. de Resolución	**3605-2023**
No. de Certificación	**3605**
Fecha Fin de Vigencia del inscripción	**10/02/2026**
Área de Actividad	**Bienes y Servicios**
Rubro	**Cajas de medicamentos de servicios m¿dicos de urgencia**
Registro Tributario Numérico	**08019004240592**
Certificación del Órgano Societario	**AURELIO NEMBRINI, SOINFISA -**
Domicilio Legal	**Honduras, Francisco Morazan, Distrito Central**
Dirección	**Colonia Los Ángeles**
Teléfono	**22348989**
Correo Electrónico	**sotooviedo2003@yahoo.com**

Fecha de Emisión: 10 febrero 2023, 11:17 Válido por 1095 días.

Código Verificación:

Código de Verificación: **fd98dc70-574f-4cff-b804-a63586964a3a**
Verifique la validez de este documento en:
http://sicc.honducompras.gob.hn/ONCAEcertificado/Certificado.aspx?certificacion=40007

8

República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emisión:12/09/2017

RTN: 08019004240592

DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL S DE RL
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☑	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☑	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Base Legal: Art. 1 del Decreto Nº 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto Nº 255 de 2002 , Art. 10 del Decreto Nº 26 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley Nº 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art.30, 39 y 56 Decreto Nº 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.

SAR

Ministra Directora

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 2713812 Transacción: B0959B

numeros PCM-016-2020 y PCM-023-2020 cuya prorroga mediante Decreto Ejecutivo 133-2021 con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2022, esta certificacion es de caracter temporal y estara vigente por el termino que dure la Emergencia Sanitaria y hasta por sesenta (60) dias habiles, a partir del primer dia habil, una vez terminado el Estado de Emergencia Sanitaria Periodo en el cual Usted deberá adjuntar la presente autorización y completar la documentación en original para presentarla en la ARSA y en caso de no hacerlo la autorización quedara cancelada.

La emisión del presente certificado y la impresion en soporte fisico es una reproducción del documento original que se encuentra en formato electronico cuya representacion digital goza de plena autenticidad, integridad y no repudio, lo anterior con fundamento en el Decreto Ejecutivo PCM-016-2020 Articulo 02, Articulo 7 de la Ley sobre Firmas Electrónicas reformado mediante Decreto Legislativo 33-2020 Articulo 38 inciso "A"

El (La) RENOVACION DE REGISTRO SANITARIO aqui autorizado podra en cualquier momento ser cancelado si el producto resulta ser nocivo o no-seguro en las condiciones normales de uso, que se haya demostrado que el producto no es terapéuticamente eficaz, cuando se demuestre que el producto no tiene la composicion cuantitativa o cualitativa autorizada o cuando se incumplan las garantias de calidad y estabilidad declaradas en el expediente, que se demuestre que los datos e información contenidos en el expediente de registro, son erroneos o falsos, que previo apercibimiento, se siga incumpliendo el Reglamento Tecnico Centroamericano de Etiquetado de Medicamentos vigente, que por cualquier otra causa justificada constituya un riesgo previsible para la salud o seguridad de las personas

9

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL

151-24-10500-3443

La DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL S. DE R.L.**
Con Registro Tributario Nacional: **08019004240592**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-3443 en fecha 31/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418740480 de fecha 31/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de treinta días calendario a partir de la fecha 31/01/2024 hasta 29/02/2024, **la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del Decreto 113-2011.**

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

JONY PORFIRIO JIMENEZ
DIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR

(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ , ingresando el número **151-24-10500-3443** o mediante el siguiente codigo QR:

BL

temporal y estará vigente por el término que dure la Emergencia Sanitaria y hasta por sesenta (60) días hábiles, a partir del primer día hábil, una vez terminado el Estado de Emergencia Sanitaria. Periodo en el cual Usted deberá adjuntar la presente autorización y completar la documentación en original para presentarla en la ARSA y en caso de no hacerlo la autorización quedará cancelada.

La emisión del presente certificado y la impresión en soporte físico es una reproducción del documento original que se encuentra en formato electrónico, cuya representación digital goza de plena autenticidad, integridad y no repudio, lo anterior con fundamento en el Decreto Ejecutivo PCM-016-2020 Artículo 02, Artículo 7 de la Ley sobre Firmas Electrónicas reformado mediante Decreto Legislativo 33-2020 Artículo 38 inciso "A".

El (La) RENOVACIÓN DE REGISTRO SANITARIO aquí autorizado podrá en cualquier momento ser cancelado si el producto resulta ser nocivo o no-seguro en las condiciones normales de uso, que se haya demostrado que el producto no es terapéuticamente eficaz, cuando se demuestre que el producto no tiene la composición cuantitativa o cualitativa autorizada o cuando se incumplan las garantías de calidad y estabilidad

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-1985

La DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL S. DE R.L.**
Con Registro Tributario Nacional: **08019004240592**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-1985 en fecha 03/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418319981 de fecha 03/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la Presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA,** para el período 202401, según Declaración 35748129112, presentada el 18/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

JONY PORFIRIO JIMENEZ
DIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR

(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ , ingresando el número **201-24-10500-1985** o mediante el siguiente código QR:

temporal y estará vigente por el término que dure la Emergencia Sanitaria y hasta por sesenta (60) días hábiles: a partir del primer día hábil, una vez terminado el Estado de Emergencia Sanitaria. Periodo en el cual Usted deberá adjuntar la presente autorización y completar la documentación en original para presentarla en la ARSA y en caso de no hacerlo la autorizacion quedará cancelada.

La emisión del presente certificado y la impresión en soporte físico es una reproducción del documento original que se encuentra en formato electrónico, cuya representación digital goza de plena autenticidad, integridad y no repudio: lo anterior con fundamento en el Decreto Ejecutivo PCM-016-2020 Artículo 02, Artículo 7 de la Ley sobre Firmas Electrónicas reformado mediante Decreto Legislativo 33-2020 Artículo 38 inciso "A".

El (La) RENOVACIÓN DE REGISTRO SANITARIO aquí autorizado podrá en cualquier momento ser cancelado si el producto resulta ser nocivo o no-seguro en las condiciones normales de uso; que se haya demostrado que el producto no es terapéuticamente eficaz; cuando se demuestre que el producto no tiene la composición cuantitativa o cualitativa autorizada o cuando se incumplan las garantías de calidad y estabilidad declaradas en el expediente; que se demuestre que los datos e información contenidos en el expediente de registro son erróneos o falsos; que previo apercibimiento, se siga incumpliendo el Reglamento Técnico Centroamericano de Etiquetado de Medicamentos vigente; que por cualquier otra causa justificada constituya un riesgo previsible para la salud o seguridad de las personas; cuando se compruebe falsedad en la declaración jurada presentada para renovación del registro o cuando el titular del registro lo solicite.

[redacted]

11

ARSA
AGENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

LICENCIA SANITARIA
HN-LEPF-0718-0055

AUTORIZADA PARA:

IMPORTAR, EXPORTAR, TRANSPORTAR, DISTRIBUIR, ALMACENAR, VENTA AL POR MAYOR MEDICAMENTOS, OTROS PRODUCTOS DE INTERÉS SANITARIO: PRODUCTOS COSMÉTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS, SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y PRODUCTOS NATURALES

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

NÚMERO DE EXPEDIENTE: **153-03**
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: **DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL S. DE R.L.**
NOMBRE DEL PROPIETARIO: **DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL S. DE R.L.**
DIRECCIÓN: **COLONIA LOS ANGELES, CALLE PRINCIPAL, EDIFICIO PHARMA INTERNACIONAL, COMAYAGÜELA, FRANCISCO MORAZAN**
NOMBRE DEL REGENTE (CUANDO APLIQUE): **CARINA RAQUEL RODRIGUEZ GONZALEZ**
FECHA DE EMISIÓN: **4/11/2019**

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO

27/08/2024

DR. FRANCIS RAFAEL CONTRERAS
COMISIONADO PRESIDENTE

ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDOR

Agencia de Regulación Sanitaria @Arsa_Honduras

12

Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa
Trabajando con los valientes que transforman a Honduras

CONSTANCIA DE REGISTRO, MEMBRESIA Y SOLVENCIA.

El Registrador de la **Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa ("CCIT")**, HACE CONSTAR QUE LA EMPRESA: **DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL, S. DE R. L.,** está inscrita en el registro de esta organización bajo el No. **5854,** Folio **3181,** Tomo **V,** de fecha **21** de **DICIEMBRE** de **2005,** del Libro de Comerciantes Sociales y se encuentra **SOLVENTE** en el pago de su membresía a **DICIEMBRE** de **2024**.

Extendida en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, a los ocho días del mes de febrero del año dos mil veinticuatro.

YAJAIRA ISABEL RAMIREZ BENITEZ
Registro y Certificaciones

13

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO CENTRAL

242107

Permiso No:218140
Declaracion No:DI-77958
Fecha de emisión:20/1/2023
Fecha de vencimiento:31/12/2023

PERMISO DE OPERACIÓN DE NEGOCIO

Habiendo cumplido con los requisitos establecidos en el reglamento que institucionaliza el proceso de emisión y obtención del permiso de operación simplificado, se le otorga el presente permiso a:

DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL S DE R.L.

Ciudad:	DISTRITO CENTRAL
Barrio o Colonia:	2322-LLANOS DEL POTRERO (2322)
Clave Catastral:	23-0258-020
Dirección:	CALLE PPL. EDIF. PHARMA INTERNACIONAL
RTN o Identidad:	08019004240592
No. de Negocio:	ICS-30309

CONTRIBUYENTE:

DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL S. DE R.L.

ACTIVIDAD(ES) ECONÓMICA(S) AUTORIZADA(S)
620504 VENTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS (FARMACIAS)

IMPORTANTE: El incumplimiento de lo aquí autorizado, dará lugar a la suspensión o cancelación del presente acto administrativo; así como a la aplicación de las demás sanciones establecidas en la normativa municipal vigente.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA

Exhibir este permiso en un lugar visible del establecimiento y presentarlo cuando lo solicite la Autoridad Municipal.

1R0G0-0000-055F-3YTF-GRWQ-RWG0-0000-0000-185XG

ciudad de buen corazón

COTIZACIÓN Nº 0000001-2024

PROVEEDOR : DROGUERIA MEDITEKSA PHARMA
DIRECCION: COLONIA RIO GRANDE , PARQUE EMPRESARIL PERISUR, OFIBODEGA #2
RTN: 0801-1993-157131
TELÉFONO: 2246-4342
CORREO ELECTRONICO: mediteksapharma@yahoo.com
LUGAR Y FECHA: COMAYAGUELA , M.D.C. 09 DE FEBRERO 2024
CLIENTE : ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO
RTN: 16139011360075

No.	Cantidad	Presentacion	Descripción	Concentracion	Precio Unitario	Precio Total
1	250	Frasco	Acetaminofen	120mg/5ml	16.10	4,025.00
2	19,000	Tableta	Acetaminofen	500mg	0.26	4,940.00
3	8	Frasco	Aciclovir	200mg/ml	105.00	840.00
4	23,000	Tableta	Acido Acetil Salicilico	100mg	1.70	39,100.00
5	30,000	Tableta	Acido Folico	1mg	0.22	6,600.00
6	4,600	Tableta	Acido Folico	5mg	0.25	1,150.00
7	350	Frasco	Albendazol	200mg/5ml	7.00	2,450.00
8	1,500	Tableta	Albendazol	200mg	0.66	990.00
9	1,400	Tableta	Alfametildopa	500mg	4.80	6,720.00
10	1,820	Tableta	Amitriptilina	25mg	2.08	3,785.60
11	270	Frasco	Amoxicilina (Tihidrato)	250mg/5ml	17.00	4,590.00
12	30	Tubo	Anestesico Local Corticosteroide	Antihemorroidal	132.36	3,970.80
13	3,300	Tableta	Antiespasmodico		1.68	5,544.00
14	7,600	Tableta	Atenolol	100mg	0.46	3,496.00
15	115	Tubo	Betametasona	1%	17.25	1,983.75
16	85	Frasco	Calamina	8%	32.40	2,754.00
17	4,200	Tableta	Carbamazepina	200mg	0.92	3,864.00
18	105	Frasco	Ceftriaxona (Sodica)	1G	10.00	1,050.00
19	2,100	Tableta	Ciprofloxacina	500mg	1.04	2,184.00
20	70	Frasco	Cloranfenicol	0.5% colirio	52.93	3,705.10
21	350	Ovulo	Clotrimazol	500mg	12.10	4,235.00
22	70	Tubo	Clotrimazol	0.2/20g (1%)	30.00	2,100.00
23	100	Frasco	Dexametasona Inyectable	4mg/ml	2.20	220.00
24	2,200	Capsula	Dicloxacilina (Sodica)	500mg	2.46	5,412.00
25	1,500	Capsula	Difenhidramina	50mg	0.96	1,440.00
26	700	Tableta	Digoxina	0.25%	2.60	1,820.00
27	21,500	Tableta	Enalapril	20mg	0.40	8,600.00
28	2,400	Tableta	Fenitoina (Sodica)	100mg	1.90	4,560.00
29	3,000	Tableta	Fenobarbital	100mg	1.90	5,700.00
30	400	Tableta	Fluconazol	150mg	6.00	2,400.00
31	16,500	Tableta	Furosemida	40mg	0.46	7,590.00
32	150	Ampolla	Gentamicina	80mg/ml	6.00	900.00
33	20,500	Tableta	Glibenclamida	5mg	0.24	4,920.00
34	24,000	Tableta	Hidroclorotiazida	25mg	1.55	37,200.00
35	65	Tubo	Hidrocortisona	1% (Equivalente a 10mg/g)	18.40	1,196.00

36	620	Frasco	Hidroxido de Aluminio y Mageneslo	600mg/5ml	27.00	16,740.00
37	11,500	Tableta	Ibuprofeno	600mg	0.70	8,050.00
38	450	Frasco	Ibuprofeno	100mg/5ml	23.52	10,584.00
39	20,500	Tableta	Irbersartan	300mg	1.90	38,950.00
40	120	Tubo	Ketoconazol	2%	18.40	2,208.00
41	4,100	Tableta	Loratadina	10mg	0.24	984.00
42	18,000	Tableta	Metformina (Clorhidrato)	850mg	0.58	10,440.00
43	650	Tableta	Metoclopramida	10mg	0.60	390.00
44	9,500	Capsula	Multivitamia ***	Capsula	0.65	6,175.00
45	700	Tableta	Nifedipina	20mg	0.95	665.00
46	12,300	Tableta	Omeprazol	20mg	0.75	9,225.00
47	2,000	Tableta	Omeprazol (Esomeprazol 40mg)	40mg	2.30	4,600.00
48	46	Gotas	Polimixina + Neomicina + Hidrocortisona	Oticas	54.62	2,512.52
49	65	Tubo	Polimixina B5000 UI + Neomic 3.5g+ Bacit. 400UI	Tubo	54.00	3,510.00
50	60	Tarro	Salicilato de Metilo	5%	86.25	5,175.00
51	26,000	Grageas	Sulfato Ferroso ***	300mg	0.35	9,100.00
52	550	Frasco	Sulfato Ferroso	125mg/ml	16.10	8,855.00
			SUB TOTAL			**330,198.77**
			ISV 15%			**2,291.25**
			TOTAL			**L 332,490.02**

n con asterisco paga isv 15%

DEPARTAMENTO DE COTIZACION
MEDITEKSA PHARMA

CONSTANCIA DE REGISTRO, MEMBRESIA Y SOLVENCIA.

El Registrador de la **Cámara de Comercio e Industria de Tegucigalpa ("CCIT")**, HACE CONSTAR QUE LA EMPRESA: **KEVIN FERNANDO FLORES JIMENEZ (MEDITEKSA PHARMA)**, está inscrita en el registro de esta organización bajo el No. **13451**, Folio **4444**, Tomo **V**, de fecha **17** de **JUNIO** de **2016**, del Libro de Comerciantes Individuales y se encuentra **SOLVENTE** en el pago de su membresía a **DICIEMBRE** de **2024**.

Extendida en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, a los quince días del mes de enero del año dos mil veinticuatro.

YAJAIRA ISABEL RAMIREZ BENITEZ
Registro y Certificaciones

REPÚBLICA DE HONDURAS
SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN DE RENTAS
REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL

No. Documento
413-3711521

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art. 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 164 del Código Tributario.

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN

El Servicio de Administración de Rentas, a través del Departamento de Asistencia al Cumplimiento de la DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR, hace de su conocimiento que:

KEVIN FERNANDO FLORES JIMENEZ
Nombre, Razón o Denominación Social
MEDITEKSA PHARMA
Nombre Comercial
08011993157131
R.T.N.

Con domicilio o establecimiento ubicado en: Barrio: COLONIA RIO GRANDE, Calle: ANILLO PERIFERICO, Bloque: CALLE EMPRESARIAL PERISUR, Casa N°: BODEGA 2. Municipio DISTRITO CENTRAL, departamento FRANCISCO MORAZAN, está inscrito en el(los) Registro(s) de:

VENTAS Y/O SELECTIVO	☑	ALCOHOLES	☐	IMPORTADORES	☐
IMPRENTAS	☐	MÁQUINAS TRAGAMONEDAS	☐	EXPORTADORES	☐
PRESTAMISTA NO BANCARIO	☐	TRANSPORTISTAS	☐		

Dado en la ciudad de DISTRITO CENTRAL a los 25 días del mes de Abril de 2022.

Fecha Emisión: 25/04/2022 Fecha Vencimiento: 25/04/2023

Director Ejecutivo

SAR

1EBA13

MEDITEKSA PH
DEPARTAMENTO D

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE SOLVENCIA FISCAL

151-24-10500-1557

La DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **FLORES JIMENEZ KEVIN FERNANDO**
Con Registro Tributario Nacional: **08011993157131**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 151-24-10500-1557 en fecha 15/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418585290 de fecha 15/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: NO existen registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

ETAX: NO existen registros de Deudas.

Por lo antes expuesto se **OTORGA** la SOLVENCIA FISCAL al solicitante.

La presente Constancia tiene una vigencia de noventa días calendario a partir de la fecha 15/01/2024 hasta 13/04/2024, **la misma no aplica para el Artículo 213 del Decreto 170-2016 y Artículo 18 del Decreto 113-2011.**

Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

JONY PORFIRIO JIMENEZ
DIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR

(*) Es obligación del destinatario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/, ingresando el número **151-24-10500-1557** o mediante el siguiente código QR:

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-5055

La DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **FLORES JIMENEZ KEVIN FERNANDO**
Con Registro Tributario Nacional: **08011993157131**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-5055 en fecha 11/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418325326 de fecha 03/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202401, según Declaración 27720512461, presentada el 29/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

JONY PORFIRIO JIMENEZ
DIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-5055** o mediante el siguiente código QR:

MEDITEKSA P
DEPARTAMENTO DE

F 014

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO CENTRAL

Nº 257916

Permiso No:234040
Declaracion No:DI-95678
Fecha de emisión:19/1/2024
Fecha de vencimiento:31/12/2024

PERMISO DE OPERACIÓN DE NEGOCIO

Habiendo cumplido con los requisitos establecidos en el reglamento que institucionaliza el proceso de emisión y obtención del permiso de operación simplificado, se le otorga el presente permiso a:

MEDITEKSA PHARMA

Ciudad:	DISTRITO CENTRAL
Barrio o Colonia:	2326-LOARQUE (2326)
Clave Catastral:	21-0325-044
Dirección:	COL. RIO GRANDE, PARQUE EMPRESARIAL PERISUR OFIBODEGA N°2.
RTN o Identidad:	0801199315713
No. de Negocio:	ICS-107152

CONTRIBUYENTE:

KEVIN FERNANDO FLORES JIMENEZ

ACTIVIDAD(ES) ECONÓMICA(S) AUTORIZADA(S)

970109 COMPRA Y VENTA PRODUCTOS MEDICOS

IMPORTANTE: El incumplimiento de lo aquí autorizado, dará lugar a la suspensión o cancelación del presente acto administrativo; así como a la aplicación de las demás sanciones establecidas en la normativa municipal vigente.

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO CENTRAL
AGUSTIN CORDOVA
DEPARTAMENTO DE PERMISOS DE OPERACIÓN

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDÍA MUNICIPAL DEL DISTRITO CENTRAL
AGUSTIN CORDOVA
DEPARTAMENTO DE PERMISOS DE OPERACIÓN

MEDITEKSA PHARMA

Exhibir este permiso en un lugar visible cuando lo solicite la Autoridad Municipal.

MW0G0-0000-05SM-3TQL-5LEA-QH00-0000-0000-165Y0

ARSA
AGENCIA DE REGULACIÓN SANITARIA

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

LICENCIA SANITARIA

HN-LEPF-1117-0023

AUTORIZADA PARA:

DISTRIBUIR, ALMACENAR, VENTA AL POR MAYOR, EXPORTAR, IMPORTAR MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, PRODUCTOS NATURALES MEDICINALES, PRODUCTOS COSMÉTICOS, SUPLEMENTOS NUTRICIONALES, DISPOSITIVOS MÉDICOS

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

NÚMERO DE EXPEDIENTE: **ARSA-0919-L-0029**
TIPO DE ESTABLECIMIENTO: **DROGUERÍA**
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: **DROGUERIA MEDITEKSA PHARMA**
NOMBRE DEL PROPIETARIO: **KEVIN FERNANDO FLORES JIMENEZ**
DIRECCIÓN: **COLONIA RIO GRANDE, ANILLO PERIFERICO, PARQUE EMPRESARIAL PERISUR LOCAL N° 2 DISTRITO CENTRAL (TEGUCIGALPA) FRANCISCO MORAZÁN**
NOMBRE DEL REGENTE (CUANDO APLIQUE): **MIRNA SOBEYDA TEJADA DIAZ**
FECHA DE EMISIÓN: **8/01/2021**

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN MODIFICADAS LAS CONDICIONES EN QUE FUE EXPEDIDA.

VENCIMIENTO

20/11/2025

DR. FRANCIS RAFAEL CONTRERAS
COMISIONADO PRESIDENTE

MEDITEKSA DEPARTAMENTO

ESTA LICENCIA DEBERÁ MOSTRARSE EN UN LUGAR VISIBLE DEL ESTABLECIMIENTO Y DE FÁCIL ACCESO AL CONSUMIDOR.

Salud
Gobierno de la República

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
HONDURAS C.A.

RESUMEN DE COTIZACION Y SELECCIÓN DE PROVEEDOR

PROGRAMA: 11 VIDA MEJOR
ACTIVIDAD: 001
SUB PROGRAMA: 09 ADMON MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
SIN PROYECTO: 000
SIN OBRA: 000

FECHA DE ELABORACION: 14 de febrero de 2024
FONDO: 14-012-01 10 7
RENGLON PRESUPUESTARIO: 35210

ITEM	DESCRIPCIÓN	PRESENTACION	CONCENTRACION	CANTID.	PROVEEDORES							
					PROVEEDOR 1		PROVEEDOR 2		PROVEEDOR 3		PROVEEDOR 4	
					CORINFAR		DROGUERIA MEDIMAS		MEDITEKSA PHARMA		PHARMAINTERNACIONAL	
					CONTACTO: Angela Abadie		CONTACTO: Fanny Funez		CONTACTO:Mayerl Gomez		CONTACTO:Alexis Molina	
					TELÉFONO: 3206-1436		TELÉFONO: 9467-0722		TELÉFONO: 9578-6656		TELÉFONO: 9985-3826	
					V/R UNITARIO	V/R TOTAL	V/R UNITARIO	V/R TOTAL	V/R UNITARIO	V/R TOTAL	V/R UNITARIO	V/R TOTAL
1	Acetaminofén	Frasco	120mg./5ml.	250	L 14.00	L 3,500.00	L 16.30	L 4,075.00	L 16.10	L 4,025.00	L 20.00	L 5,000.00
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	19000	L 0.30	L 5,700.00	L 0.28	L 5,320.00	L 0.26	L 4,940.00	L -	L -
3	Aciclovir	Frasco	200 mg./ml	8	L 140.00	L 1,120.00	L 108.00	L 864.00	L 105.00	L 840.00	L -	L -
4	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	23000	L 0.43	L 9,890.00	L 0.48	L 11,040.00	L 1.70	L 39,100.00	L -	L -
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	30000	L 0.21	L 6,300.00	L 0.23	L 6,900.00	L 0.22	L 6,600.00	L -	L -
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	4600	L 0.22	L 1,012.00	L 0.17	L 782.00	L 0.25	L 1,150.00	L -	L -
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	350	L 12.00	L 4,200.00	L 8.40	L 2,940.00	L 7.00	L 2,450.00	L 15.65	L 5,477.50
8	Albendazol	Tabletas	200 mg.	1500	L 0.70	L 1,050.00	L 1.08	L 1,620.00	L 0.66	L 990.00	L -	L -
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	1400	L 3.50	L 4,900.00	L 6.15	L 8,610.00	L 4.80	L 6,720.00	L -	L -
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	1820	L 1.80	L 3,276.00	L 2.40	L 4,368.00	L 2.08	L 3,785.60	L -	L -
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	270	L 22.00	L 5,940.00	L 17.40	L 4,698.00	L 17.00	L 4,590.00	L 22.00	L 5,940.00
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	30	L 77.00	L 2,310.00	L 79.20	L 2,376.00	L 132.36	L 3,970.80	L -	L -
13	Antiespasmódico	Tableta		3300	L 1.40	L 4,620.00	L 2.28	L 7,524.00	L 1.68	L 5,544.00	L 1.80	L 5,940.00
14	Atenolol	Tabletas	100 mg.	7600	L 0.60	L 4,560.00	L 0.48	L 3,648.00	L 0.46	L 3,496.00	L -	L -
15	Betametazona	Tubo	0.01	115	L 20.00	L 2,300.00	L 16.80	L 1,932.00	L 17.25	L 1,983.75	L -	L -
16	Calamina Fenolada	Frasco	8%	85	L 27.50	L 2,337.50	L 33.60	L 2,856.00	L 32.40	L 2,754.00	L -	L -
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	4200	L 0.90	L 3,780.00	L 0.96	L 4,032.00	L 0.92	L 3,864.00	L -	L -
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	105	L 14.00	L 1,470.00	L 8.00	L 840.00	L 10.00	L 1,050.00	L 15.38	L 1,614.90
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	2100	L 1.30	L 2,730.00	L 1.08	L 2,268.00	L 1.04	L 2,184.00	L 1.15	L 2,415.00
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	70	L 32.00	L 2,240.00	L 31.20	L 2,184.00	L 52.93	L 3,705.10	L 22.00	L 1,540.00
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	350	L 13.00	L 4,550.00	L 13.50	L 4,725.00	L 12.10	L 4,235.00	L -	L -
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	70	L 17.00	L 1,190.00	L 16.80	L 1,176.00	L 30.00	L 2,100.00	L 14.00	L 980.00
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	100	L 5.00	L 500.00	L 2.20	L 220.00	L 2.20	L 220.00	L -	L -
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	2200	L 3.30	L 7,260.00	L 2.10	L 4,620.00	L 2.46	L 5,412.00	L -	L -

Salud
Gobierno de la República

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
HONDURAS C.A.

RESUMEN DE COTIZACION Y SELECCIÓN DE PROVEEDOR

PROGRAMA: 11 VIDA MEJOR **ACTIVIDAD: 001**
SUB PROGRAMA: 09 ADMON MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD **FECHA DE ELABORACION: 14 de febrero de 2024**
SIN PROYECTO: 000 **SIN OBRA: 000** **FONDO: 14-012-01 10 7**
RENGLON PRESUPUESTARIO: 35210

25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	1500	L	0.90	L	1,350.00	L	1.08	L	1,620.00	L	0.96	L	1,440.00	L	-	L	-
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	700	L	1.40	L	980.00	L	1.20	L	840.00	L	2.60	L	1,820.00	L	0.90	L	630.00
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	21500	L	0.38	L	8,170.00	L	0.48	L	10,320.00	L	0.40	L	8,600.00	L	0.44	L	9,460.00
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	2400	L	1.20	L	2,880.00	L	1.56	L	3,744.00	L	1.90	L	4,560.00	L	-	L	-
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	3000	L	1.85	L	5,550.00	L	1.68	L	5,040.00	L	1.90	L	5,700.00	L	-	L	-
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	400	L	4.90	L	1,960.00	L	7.00	L	2,800.00	L	6.00	L	2,400.00	L	-	L	-
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	16500	L	0.58	L	9,570.00	L	0.48	L	7,920.00	L	0.46	L	7,590.00	L	-	L	-
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	150	L	4.90	L	735.00	L	3.60	L	540.00	L	6.00	L	900.00	L	6.45	L	967.50
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	20500	L	0.26	L	5,330.00	L	0.24	L	4,920.00	L	0.24	L	4,920.00	L	0.22	L	4,510.00
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	24000	L	0.57	L	13,680.00	L	0.40	L	9,600.00	L	1.55	L	37,200.00	L	0.58	L	13,920.00
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	65	L	19.00	L	1,235.00	L	21.60	L	1,404.00	L	18.40	L	1,196.00	L	21.82	L	1,418.30
36	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	620	L	25.00	L	15,500.00	L	24.25	L	15,035.00	L	27.00	L	16,740.00	L	23.00	L	14,260.00
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	11500	L	0.76	L	8,740.00	L	0.60	L	6,900.00	L	0.70	L	8,050.00	L	0.50	L	5,750.00
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	450	L	14.00	L	6,300.00	L	18.60	L	8,370.00	L	23.52	L	10,584.00	L	20.00	L	9,000.00
39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	20500	L	2.10	L	43,050.00	L	2.28	L	46,740.00	L	1.90	L	38,950.00	L	6.16	L	126,280.00
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	120	L	19.00	L	2,280.00	L	19.20	L	2,304.00	L	18.40	L	2,208.00	L	-	L	-
41	Loratadina	Tableta	10 mg	4100	L	0.40	L	1,640.00	L	0.27	L	1,107.00	L	0.24	L	984.00	L	1.38	L	5,658.00
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	18000	L	0.70	L	12,600.00	L	0.60	L	10,800.00	L	0.58	L	10,440.00	L	0.59	L	10,620.00
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	650	L	0.80	L	520.00	L	1.08	L	702.00	L	0.60	L	390.00	L	-	L	-
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	9500	L	0.62	L	5,890.00	L	0.90	L	8,550.00	L	0.65	L	6,175.00	L	-	L	-
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	700	L	1.80	L	1,260.00	L	1.20	L	840.00	L	0.95	L	665.00	L	-	L	-
46	Omeprazol	Tableta	20mg	12300	L	0.82	L	10,086.00	L	1.00	L	12,300.00	L	0.75	L	9,225.00	L	0.96	L	11,808.00
47	Omeprazol	Tableta	40mg	2000	L	2.30	L	4,600.00	L	7.80	L	15,600.00	L	2.30	L	4,600.00	L	-	L	-
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	46	L	94.00	L	4,324.00	L	93.85	L	4,317.10	L	54.62	L	2,512.52	L	-	L	-
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	65	L	44.00	L	2,860.00	L	55.00	L	3,575.00	L	54.00	L	3,510.00	L	-	L	-
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	60	L	87.00	L	5,220.00	L	40.80	L	2,448.00	L	86.25	L	5,175.00	L	-	L	-
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	26000	L	0.50	L	13,000.00	L	0.35	L	9,100.00	L	0.35	L	9,100.00	L	-	L	-
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	550	L	14.00	L	7,700.00	L	22.80	L	12,540.00	L	16.10	L	8,855.00	L	-	L	-
				SUB TOTAL				283,745.50				299,594.10				330,198.77				243,189.20
				15% I.S.V.				-				-				2,291.25				
				TOTAL	L			283,745.50	L			299,594.10	L			332,490.02	L			243,189.20

Salud
Gobierno de la República

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
HONDURAS C.A.

RESUMEN DE COTIZACION Y SELECCIÓN DE PROVEEDOR

PROGRAMA: 11 VIDA MEJOR **ACTIVIDAD: 001** **FECHA DE ELABORACION: 14 de febrero de 2024**
SUB PROGRAMA: 09 ADMON MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD **FONDO: 14-012-01 10 7**
SIN PROYECTO: 000 **SIN OBRA: 000** **RENGLON PRESUPUESTARIO: 35210**

	PROVEEDOR 1	PROVEEDOR 2
FECHA DE COTIZACIÓN	8 de febrero de 2024	9 de febrero de 2024
VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN	No tiene	5 dias
FORMA DE PAGO	Credito	Credito
PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA	Plazo de Entrega de inmediato, lugar de entrega Oficinas de Modelo Descentralizado de Salud	Plazo de Entrega de inmediato, lugar de entrega Oficinas de Modelo Descentralizado de Salud
OBSERVACIONES	Ninguna	Ninguna

	PROVEEDOR 3	PROVEEDOR 2
FECHA DE COTIZACIÓN	9 de febrero de 2024	8 de febrero de 2024
VIGENCIA DE LA COTIZACIÓN	No tiene	10 dias
FORMA DE PAGO	Credito	Credito 30 dias
PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA	Plazo de Entrega de inmediato, lugar de entrega Oficinas de Modelo Descentralizado de Salud	Plazo de Entrega de inmediato, lugar de entrega Oficinas de Modelo Descentralizado de Salud
OBSERVACIONES	Item N°47 Cotiza Esomeprazol de 40mg	Ninguna

ADJUDICACION	Realizando un analisis por proveedor nos damos cuenta que algunos proveedores no cotizan el 100% de los insumos requeridos, en detalle: Proveedor **CORINFAR** cotiza 52 Partidas de 52; **DROGUERIA MEDIMAS** cotiza 52 de 52 partidas y **MEDITEKSA PHARMA** cotiza 52 de 52 partidas, **DROGUERIA PHARMA INTERNACIONAL** cotiza 21 de 52 partidas, en donde el Proveedor **CORINFAR** cuenta con mejor precio total ofertado y con **100%** de disponiblidad de los insumos segun la requesicion de compra, tomando en cuenta que ofrecen los productos de calidad y con la presentacion que se requiere segun el cuadro basico del Primer Nivel de Atencion en Salud, respetando Normas de la Secretaria de Salud y Ley de Contratacion del Estado, por las razones antes mencionadas se le adjudica la compra al proveedor **CORINFAR (52 Partidas)**

ELABORADO POR ADMINISTRACION

Firma

Nombre: Licda. Edenia Beatriz Romero

SUPERVISADO POR COORDINADOR

Firma

Nombre: Lic. Ever Alexander Garcia

AUTORIZADO POR GESTORA / ALCALDESA

Firma

Nombre: Licda Suyapa Jacqueline Trejo Cordon

SECRETARIA DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 06-20204

martes 20 de febrero de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA, S.A DE C.V. "CORINFAR"	ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO / MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Concentracion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
1	1	Acetaminofén	Frasco	120mg./5ml.	250	14.00	L 3,500.00
2	2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	19000	0.30	L 5,700.00
3	3	Aciclovir	Frasco	200 mg./ml	8	140.00	L 1,120.00
4	4	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	23000	0.43	L 9,890.00
5	5	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	30000	0.21	L 6,300.00
6	6	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	4600	0.22	L 1,012.00
7	7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	350	12.00	L 4,200.00
8	8	Albendazol	Tabletas	200 mg.	1500	0.70	L 1,050.00
9	9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	1400	3.50	L 4,900.00
10	10	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	1820	1.80	L 3,276.00
11	11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	270	22.00	L 5,940.00
12	12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	30	77.00	L 2,310.00
13	13	Antiespasmódico	Tableta		3300	1.40	L 4,620.00
14	14	Atenolol	Tabletas	100 mg.	7600	0.60	L 4,560.00
15	15	Betametazona	Tubo	0.01	115	20.00	L 2,300.00
16	16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	85	27.50	L 2,337.50
17	17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	4200	0.90	L 3,780.00
18	18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	105	14.00	L 1,470.00
9	19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	2100	1.30	L 2,730.00
0	20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	70	32.00	L 2,240.00
1	21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	350	13.00	L 4,550.00
2	22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	70	17.00	L 1,190.00
3	23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	100	5.00	L 500.00
	24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	2200	3.30	L 7,260.00
	25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	1500	0.90	L 1,350.00
	26	Digoxina	Tableta	0.25 %	700	1.40	L 980.00
	27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	21500	0.38	L 8,170.00
	28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	2400	1.20	L 2,880.00
	29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	3000	1.85	L 5,550.00
	30	Fluconazol	Tableta	150 mg	400	4.90	L 1,960.00
	31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	16500	0.58	L 9,570.00
	32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	150	4.90	L 735.00
	33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	20500	0.26	L 5,330.00
	34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	24000	0.57	L 13,680.00
	35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	65	19.00	L 1,235.00
	36	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	620	25.00	L 15,500.00
	37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	11500	0.76	L 8,740.00
	38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	450	14.00	L 6,300.00
	39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	20500	2.10	L 43,050.00
	40	Ketoconazol	Tubo	0.02	120	19.00	L 2,280.00
	41	Loratadina	Tableta	10 mg	4100	0.40	L 1,640.00
	42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	18000	0.70	L 12,600.00
	43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	650	0.80	L 520.00
	44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	9500	0.62	L 5,890.00

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 06-20204

martes 20 de febrero de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA, S.A DE C.V. "CORINFAR"	ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO / MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Concentracion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
45	45	Nifedipina	Tableta	20 mg	700	1.80	L 1,260.00
46	46	Omeprazol	Tableta	20mg	12300	0.82	L 10,086.00
47	47	Omeprazol	Tableta	40mg	2000	2.30	L 4,600.00
48	48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	46	94.00	L 4,324.00
49	49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	65	44.00	L 2,860.00
50	50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	60	87.00	L 5,220.00
51	51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	26000	0.50	L 13,000.00
52	52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	550	14.00	L 7,700.00
						Sub-Total	L 283,745.50
						Impuesto	L -
						Total	L 283,745.50

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR GESTOR
ADMINISTRACION Licda. Edenia Romero	COORDINACION Lic. Ever Garcia	ALCALDESA Licda. Suyapa Jacqueline Trejo

RECIBIDA LA O.C POR PROVEEDOR

Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION

Lugar, Fecha y Hora de Entrega: Oficinas del Modelo Descentralizado de Salud Macuelizo Santa Barbara, **Lunes 26 de Febrero 2024 a las 8:00 am**

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS

No.	Descripcion	Presentacion	Concentracion	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD								TOTAL	SEGÚN ORDEN
				Macuelizo	Sula	Casa Quemada	Ciruelo	Libertad	Rosario	Abundancia	Flecha		
1	Acetaminofén	Frasco	120mg./5ml.	50	100	50	50	0	0	0	0	250	250
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	1000	2500	2000	2500	2500	2500	3000	3000	19000	19000
3	Aciclovir	Frasco	200 mg./ml	1	1	1	1	1	1	1	1	8	8
4	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	2500	3000	3000	3000	3000	3000	2500	3000	23000	23000
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	3000	4000	3000	4000	4000	5000	3000	4000	30000	30000
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	500	500	500	500	500	500	800	800	4600	4600
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	50	50	50	40	20	50	50	40	350	350
8	Albendazol	Tabletas	200 mg.	0	0	300	300	300	300	300	0	1500	1500
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	0	0	0	200	300	300	300	300	1400	1400
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	0	0	500	200	500	320	0	300	1820	1820
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	60	0	60	50	0	50	0	50	270	270
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	0	5	5	0	5	5	5	5	30	30
13	Antiespasmódico	Tableta	0	500	0	500	500	300	200	500	800	3300	3300
14	Atenolol	Tabletas	100 mg.	1000	1000	1000	800	800	1000	1000	1000	7600	7600
15	Betametazona	Tubo	0.01	10	30	10	20	10	15	10	10	115	115
16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	15	10	15	15	10	10	10	0	85	85
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	800	0	800	500	800	800	500	0	4200	4200
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	20	20	20	20	0	10	0	15	105	105
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	0	500	0	300	300	0	500	500	2100	2100
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	0	20	10	5	15	10	0	10	70	70
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	50	50	50	50	50	50	0	50	350	350
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	10	10	10	0	0	10	15	15	70	70
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	0	10	10	10	10	20	30	10	100	100
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	200	0	0	400	400	400	400	400	2200	2200
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	500	500	500		0	0	0	0	1500	1500
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	0	300	100	100	0	100	0	100	700	700
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	1500	2500	3000	2500	3500	3000	2000	3500	21500	21500
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	0	0	0	0	800	800	300	500	2400	2400
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	500	1000	0	500	0	500	0	500	3000	3000
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	0	50	50	50	50	50	50	100	400	400

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS

No.	Descripcion	Presentacion	Concentracion	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD								TOTAL	SEGÚN ORDEN
				Macuelizo	Sula	Casa Quemada	Ciruelo	Libertad	Rosario	Abundancia	Flecha		
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	0	2500	2000	2000	2500	2500	2500	2500	16500	16500
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	30	0	0	30	20	30	10	30	150	150
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	1000	3500	2000	2500	3000	3000	3000	2500	20500	20500
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	2500	5000	3000	3000	3000	3000	1500	3000	24000	24000
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	0	10	15	10	10	0	0	20	65	65
36	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	80	90	80	80	80	80	50	80	620	620
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	500	2000	2000	1500	2000	0	1500	2000	11500	11500
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	80	100	50	80	50	0	0	90	450	450
39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	2000	3000	2000	2000	2000	3500	3000	3000	20500	20500
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	0	20	20	10	20	20	15	15	120	120
41	Loratadina	Tableta	10 mg	0	1000	800	800	500	500	500	0	4100	4100
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	2500	4000	2500	2500	2500	1500	0	2500	18000	18000
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	0	200	0	100	100	0	100	150	650	650
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	0	1500	2000	1500	0	1500	1500	1500	9500	9500
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	0	0	0	200	0	200	100	200	700	700
46	Omeprazol	Tableta	20mg	1000	1500	1500	1500	2000	1800	1500	1500	12300	12300
47	Omeprazol	Tableta	40mg	0	500	500	500	0	0	500	0	2000	2000
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	11	15	0	10	0	10	0	0	46	46
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	0	0	10	15	20	0	0	20	65	65
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	5	10	0	10	10	5	10	10	60	60
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	2000	4000	4000	3000	3000	4000	2000	4000	26000	26000
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	0	100	90	90	90	90	0	90	550	550

CORINFAR

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION DE MEDICAMENTOS

Nombre del Proveedor: CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICAA, S.A DE C.V. "CORINFAR"

Numero Orden de Compra: 06-2024 **Fecha:** 26 de Febrero 2024

DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

Nº	Descripción	Presentación	Concentracion	Cantidades					
				Según Orden	Según recepcion	Diferencia	Lote Nº	Registro sanitario	Vencimiento
1	Acetaminofén	Frasco	120mg./5ml.	250	250		81-2405	HN-M-1817-0222	2/27
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	19000	19000		62-2301	HN-M-1218-0023	3/25
3	Aciclovir	Frasco	200 mg./ml	8	8		297-2301	HN-M-0219-0173	6/25
4	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	23000	23000		122402	HN-M-0222-0018	1/2025
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	30000	30000		834401	HN-MSN-2121004	1/27
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	4600	4600		612301	M-1581	1/25
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	350	350		22-2407	HN-M-0219-0022	1/27
8	Albendazol	Tabletas	200 mg.	1500	1500		232303	HN-M-0219-0096	10/26
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	1400	1400		180-2401	HN-M-0619-0043	6/26
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	1820	1820		1772304	HN-M-109-0105	9/25
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	270	270		717231001	HN-M-0121-0080	10/26
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	30	30		250-2402	HN-M-1230-0015	1/26
13	Antiespasmódico	Tableta	0	3300	3300		562303	HN-M-1019-0106	9/25
14	Atenolol	Tabletas	100 mg.	7600	7600		1162302	HN-M-0819-0064	9/26
15	Betametazona	Tubo	0.01	115	115		284-2336	HN-M-0219-0091	12/25
16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	85	85		.		
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	4200	4200		992304	HN-M-1222-0049	8/25
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	105	105		659221205	HN-M-1222-0011	12/25
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	2100	2100		712302	HN-M-0119-0113	10/25
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	70	70		210671	HN-M-1117-0019	6/24
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	350	350		066123	HN-M-0520-0143	9/27
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	70	70		102-2401	HN-M-0815-0066	1/26

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION DE MEDICAMENTOS

Nombre del Proveedor: CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICAA, S.A DE C.V. "CORINFAR"

Numero Orden de Compra: 06-2024 **Fecha: 26 de Febrero 2024**

DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

Nº	Descripción	Presentación	Concentracion	Cantidades					
				Según Orden	Según recepcion	Diferencia	Lote Nº	Registro sanitario	Vencimiento
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	100	100		6UU220708	HN-M-0920-0052	7/25
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	2200	2200		DX1C301	HN-M-1120-0074	1/26
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	1500	1500		272321	HN-M-0819-0070	12/26
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	700	700		DI2C201	HN-M-0621-0005	2/25
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	21500	21500		993303	HN-M-0421-0038	6/26
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	2400	2400		2272401	HN-M-0426-0009	1/26
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	3000	3000		2242401	HN-M-0923-0062	1/26
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	400	400				
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	16500	16500		2232303	HN-M-1019-0128	10/25
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	150	150		22D08	HN-M-0418-0005	4/25
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	20500	20500		902401	HN-M-0819-0090	2/27
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	24000	24000		1492401	HN-M-0119-0209	1/27
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	65	65		196-2307	HN-M-0319-0068	8/25
36	Hidróxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	620	620		277-2410	HN-M-1017-0212	2/26
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	11500	11500		T048D23	HN-M-0320-0063	3/26
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	450	450		31-2401	HN-M-0818-0041	02/27
39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	20500	20500		2202401	HN-M-1017-0208	1/2027
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	120	120		156-2303	HN-M-0618-0045	12/25
41	Loratadina	Tableta	10 mg	4100	4100		3223 04	HN-M-0319-0038	9/26
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	18000	18000		AL030T22	HN-M-0122-0165	9/25
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	650	650		1582303	HN-M-0819-0047	9/25
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	9500	9500				

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION DE MEDICAMENTOS

Nombre del Proveedor: CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICAA, S.A DE C.V. "CORINFAR"

Numero Orden de Compra: 06-2024 **Fecha: 26 de Febrero 2024**

DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

Nº	Descripción	Presentación	Concentracion	Cantidades					
				Según Orden	Según recepcion	Diferencia	Lote Nº	Registro sanitario	Vencimiento
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	700	700		T072L22	HN-M-0719-0012	11/25
46	Omeprazol	Tableta	20mg	12300	12300		2282308	HN-M-0722-0040	9/25
47	Omeprazol	Tableta	40mg	2000	2000				
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	46	46		010K23	HN-M-0519-0041	11/28
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	65	65		272-2304	HN-M-1220-0026	12/25
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	60	60		SU-2404	HN-M-1220-0091	1/26
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	26000	26000		HE0204	HN-M-1018-0205	11/25
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg/ml.	550	550.		233-2403	HN-M-1117-0304	1/26

Original: Archivo Almacen
Copia: Proveedor

Firma

Firma

Firma

CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA (CORINFAR), S.A. DE C.V.

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN
Oficina Principal
Calle Hacia La Represa Los Laureles
Intersección con anillo Periférico
Tel: +504 2229-9091 E-mail: info@corinfar.com
RTN: 08019002266592

FACTURA

SAN PEDRO SULA
Sucursal
Edificio 604 Local 1
Ave. Junior 5 y 8 Calle 1 E
Tel: +504 2550-0003 04/47

No. Factura: 000-004-01-00071507
No. Ref.:
Fecha/Hora: 23/2/2024 09:06:34
Vendedor: A-ABADIE
Términos:
O/C Exenta:
Constancia E/R:
Registro SAG:

CORINFAR ORIGINAL

Cliente: 1610UNICI ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO
MACUELIZO, SANTA BARBARA
Dirección: MACUELIZO, SANTA BARBARA

Ciudad: MACUELIZO
Contacto:
RTN Cliente: 16109011960075

Código	Lote	Nombre Producto	U/M	I.S.V.	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0081-F120	FARMA	ACETAMINOFEN 120Mg JBE 120mL (HOSPI	FRA	0	L. 14.00	250	L. 3,500.00
CFR0002-U	FARMA	ACETAMINOFEN 500Mg TAB. UNIT.	UNI	0	L. 0.30	19,000	L. 5,700.00
CFR0297-F120	FARMA	ACICLOVIR SUSP. 200Mg X120mL (HOSPI	FRA	0	L. 140.00	8	L. 1,120.00
CFR0122-U	FARMA	AAS/ASA 100Mg TAB. U.	UNI	0	L. 0.43	20,000	L. 8,600.00
CFR0083-U	FARMA	ACIDO FOLICO 1Mg TAB. UNIT.	UNI	0	L. 0.21	30,000	L. 6,300.00
CFR0061-U	FARMA	ACIDO FOLICO 5Mg TAB. UNIT.	UNI	0	L. 0.22	4,600	L. 1,012.00
CFR0022-F10H	FARMA	CORIVERMIN-2 SUSP. 10mL (HOSPITALARI	FRA	0	L. 12.00	350	L. 4,200.00
CFR0023-U	FARMA	CORIVERMIN-2 TAB. U.	UNI	0	L. 0.70	1,500	L. 1,050.00
CFR0180-U	FARMA	ALFAMETILDOPA 500Mg TAB.	UNI	0	L. 3.50	1,400	L. 4,900.00
CFR0177-U	FARMA	AMITRIPTILINA 25Mg. TAB.	UNI	0	L. 1.80	1,820	L. 3,276.00
CFR0005-F100	FARMA	AMOXICOR SUSP. 100mL (HOSPITALARIO)	FRA	0	L. 22.00	270	L. 5,940.00
CFR0250-T40	FARMA	BROCTOCAINE TUBO 40G	TUB	0	L. 77.00	30	L. 2,310.00
CFR0056-U	FARMA	ANTIESPASMODICO 5Mg. TAB	UNI	0	L. 1.40	3,300	L. 4,620.00
CFR0116-U	FARMA	ATENOLOL 100Mg TAB.	UNI	0	L. 0.60	7,600	L. 4,560.00
CFR0264-T15H	FARMA	BETAMETASONA VALERATO CREMA 0.1% T-J	TUB	0	L. 20.00	115	L. 2,300.00
CTF0004-F120	FARMA	CALAMINA FENOLADA 120mL	FRA	0	L. 27.50	85	L. 2,337.50
CFR0099-U	FARMA	CARBAMAZEPINA 200Mg TAB.	UNI	0	L. 0.90	4,200	L. 3,780.00
CFR0120-U	FARMA	CEFTRIAXONA 1G I.M./I.V. VIAL	UNI	0	L. 14.00	105	L. 1,470.00
CFR0071-U	FARMA	CIPROFLOXACINA 500Mg U. (H)	UNI	0	L. 1.30	2,100	L. 2,730.00
CFR0109-F10	FARMA	CLORANFENICOL GOTAS 10mL	FRA	0	L. 32.00	70	L. 2,240.00
AFR0005-U	FARMA	ANDI-VAGIL "C" 500Mg OVULO	UNI	0	L. 13.00	350	L. 4,550.00
CFR0102-T15H	FARMA	CLOTRIMAZOL 15G CREMA (HOSPITALARIO)	TUB	0	L. 17.00	70	L. 1,190.00
CFR0113-F2.5	FARMA	DEXAMETASONA 8Mg/2mL VIAL	FRA	0	L. 5.00	100	L. 500.00
FHI0048-U	FARMA	DICLOXACILINA 500Mg (FHAR) CAP	UNI	0	L. 3.30	2,200	L. 7,260.00
CFR0027-U	FARMA	HISTAFED 50Mg CAP. U.	UNI	0	L. 0.90	1,500	L. 1,350.00
FHI0507-U	FARMA	DIGOXINA 0.25 Mg TAB UNO	UNI	0	L. 1.40	700	L. 980.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA
LAS FACTURAS QUE SEAN CANCELADAS DESPUES DE 30 DIAS, SE LES APLICARA UN RECARGO DE 2% MENSUAL POR MORA

CAI: B0FE20-2769C5-5344BC-7C9807-BDBDD6-91
Rango Autorizado: 000-004-01-00071101 A LA 000-004-01-00076100
Fecha Límite Emisión: 02 DE FEBRERO DE 2025
ORDEN DE COMPRA 06-2024

Sub-Total	L. 89,065.50
Dto. Línea 3ra Edad	L. 0.00
Descuento	L. 0.00
Importe Exonerado	0.00
Importe Exento	L. 89,065.50
Importe Gravado	L. 0.00
Impuesto 15%	L. 0.00
Total	L. 89,065.50

Autorizó: Despacho: Entregó: ODSANTOS Elaboró:

ACEPTADA SIN PROTESTO
FECHA: ___/___/___
FIRMA DEUDOR: _____

LETRA NO. 1/1 POR L. 89,065.50
SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO
A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS
Ochenta Nueve Mil Sesenta Cinco Lempiras
con Cincuenta Centavos

FIRMA CLIENTE

Original: Cliente - Copia: Contabilidad - Copia(2): Archivo

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	08019002265592
Nombre o Razón Social:	CORINFAR S A DE C V
Nombre Comercial:	"CORINFAR, S. A. DE C. V."
Teléfono:	22299091 96630300
Email:	hernan.ulloa@corinfar.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:COLONIA LOS LAURELES, CASA NO.: SN, MUNICIPIO: DISTRITO CENTRAL, DEPARTAMENTO: FRANCISCO MORAZAN
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: COLONIA LOS LAURELES, No. SN, MUNICIPIO: DISTRITO CENTRAL, DEPARTAMENTO: FRANCISCO MORAZAN

GENERALES

Número del Documento:	000-004-01-00071507
Fecha de Autorización:	02/02/2024
Modalidad:	SFC Independiente Fijo
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	02/02/2025
CAI:	B0FB20-2759C5-5344BC-7C9807-BDBDD6-91
Desde (Rango Autorizado):	000-004-01-00071101
Hasta (Rango Autorizado):	000-004-01-00076100

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

CORPORACION INDUSTRIAL FARMACEUTICA (CORINFAR), S.A. DE C.V.

TEGUCIGALPA, DISTRITO CENTRAL, FRANCISCO MORAZAN
Oficina Principal
Calle Hacia La Represa Los Laureles
Intersección con anillo Periférico
Tel. +504 2229-9031 E-mail: info@corinfar.com
RTN: 08019002286593

FACTURA

SAN PEDRO SULA
Sucursal
Edificio 504 Local 1
Ave. Junior 5 y 6 Calle N.E.
Tel. +504 2550-0013/3447

No Factura: 000-004-01-00071000
No Ref.
Fecha/Hora: 20/2/2024 09:19:00
Vendedor: A-ABADIE

Cliente: 1610UNI01 ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO
MACUELIZO, SANTA BARBARA
Dirección: MACUELIZO, SANTA BARBARA

Ciudad: MACUELIZO
Contacto:
RTN Cliente: 10139011260071

Términos: _____
O/C Exenta: _____
Constancia E/R: _____
Registro SAG: _____

CORINFAR ORIGINAL

Código	Lote	Nombre Producto	UM	ISV	Unitario	Cantidad	TOTAL
CFR0089-U	FHARMA	ENALAPRIL 20Mg TAB	UNI	0	L. 0.08	21,500	L. 3,170.00
CFR0227-U	FARMA	FENITOINA 100Mg CAP.	UNI	0	L. 1.20	2,400	L. 2,880.00
CFR0224-U	FARMA	FENOBARBITAL 100Mg TAB.	UNI	0	L. 1.85	3,000	L. 5,550.00
CFR0235-U	FARMA	FLUCONAZOL 150Mg CORINFAR CAP.	UNI	0	L. 4.90	400	L. 1,960.00
CFR0023-U	FARMA	CORTIVERMIN-2 TAB. U.	UNI	0	L. 0.58	16,500	L. 9,570.00
CBL0058-C1	FARMA	GENTAMICINA 80Mg/2mL AMP. 2mL	CAJ	0	L. 4.90	150	L. 735.00
CFR0090-U	FARMA	GLIBENCLAMIDA 5Mg TAB.	UNI	0	L. 0.25	20,500	L. 5,030.00
CFR0149-U	FARMA	HIDROCLOROTIAZIDA 25Mg TAB.	UNI	0	L. 0.57	24,000	L. 13,680.00
CFR0196-T15H	FARMA	HIDROCORTISONA 1% CREMA 15G CR. (HOSPI	TUB	0	L. 19.00	65	L. 1,235.00
CFR0277-F180	FARMA	HIDROXICOR SUSP. X 180 mL (HOSPITALA	FRA	0	L. 25.00	620	L. 15,500.00
CBL0308-U	FARMA	IBUPROFENO 600Mg X UNIDAD	UNI	0	L. 0.76	11,500	L. 8,740.00
CFR0031-F100	FARMA	IBUMETIN JBE. 100mL (HOSPITALARIO)	FRA	0	L. 14.00	450	L. 6,300.00
CFR0220-U	FARMA	IRBESARTAN 300Mg TABL.	UNI	0	L. 2.10	20,500	L. 43,050.00
CFR0156-T20	FARMA	KETOCOR 2% CREMA 20G	TUB	0	L. 19.00	120	L. 2,280.00
CFR0024-U	FARMA	LORAFAR 10Mg TAB. U	UNI	0	L. 0.40	4,100	L. 1,640.00
CFR0175-U	FARMA	METFORMINA 850Mg TAB.	UNI	0	L. 0.70	18,000	L. 12,600.00
CFR0158-U	FARMA	METOCLOPRAMIDA 10Mg	UNI	0	L. 0.80	650	L. 520.00
CFR0012-U	FARMA	COMPLEVIT CAP.	UNI	0	L. 0.62	9,500	L. 5,890.00
CFR0162-U	FARMA	NIFEDIPINA 20Mg TAB. U.	UNI	0	L. 1.80	700	L. 1,260.00
CFR0228-U	FARMA	PRAZIDEC O- 20 CAP.	UNI	0	L. 0.82	12,300	L. 10,086.00
CFR0400-U	FARMA	OMEPRAZOL 40Mg CAP.	UNI	0	L. 2.30	2,000	L. 4,600.00
AFR0023-F15	FARMA	NEO-CORTAND E.B. GOTAS 15mL	FRA	0	L. 94.00	46	L. 4,324.00
CFR0272-T20H	272-2204	NEOCIDIN UNGUENTO 20G (HOSPITALARIO)	TUB	0	L. 44.00	65	L. 2,860.00
CFR0054-F454	FARMA	SALICILATO DE METILO TARRO 1LB	FRA	0	L. 87.00	60	L. 5,220.00
ANF0012-U	FARMA	HEMOFER 300Mg (SULFATO FERROSO) UNIDI	UNI	0	L. 0.50	26,000	L. 13,000.00
CFR0230-F30H	FARMA	SULFATO FERROSO GOTAS 30mL (HOSPITAL	FRA	0	L. 14.00	550	L. 7,700.00

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA
LAS FACTURAS QUE SEAN CANCELADAS DESPUES DE 30 DIAS, SE LES APLICARA UN RECARGO DE 2% MENSUAL POR MORA

CAI: B0FB20-275905-5944BC-7C9807-BDBDD6-91
Rango Autorizado: 000-004-01-00071101 A LA 000-004-01-00076100
Fecha Limite Emision: 02 DE FEBRERO DE 2025
ORDEN DE COMPRA 06-2024

Sub-Total	L. 194,680.00
Dto. Linea/Sra. Edad	L. 0.00
Descuento	L. 0.00
Importe Exonerado	0.00
Importe Exento	L. 194,680.00
Importe Gravado	L. 0.00
Impuesto 15%	L. 0.00
Total	L. 194,680.00

Autoriza _____ Despacho _____ Entrego _____ Elaboro ODSANTOS

ACEPTADA SIN PROTESTO
FECHA ___/___/___
FIRMA DEUDOR _____

LETRA NO. 1/1 POR L. 194,680.00
SE SERVIRA USTED A PAGAR
ESTA UNICA LETRA DE CAMBIO
A NUESTRA ORDEN LA CANTIDAD DE LPS
Ciento Noventa Cuatro Mil Seis Cientos Ochenta Lempiras
Cero Centavos

FECHA VENCIMIENTO

Original: Cliente - Copia: Contabilidad - Copia(2): Archivo

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	08019002265592
Nombre o Razón Social:	CORINFAR S A DE C V
Nombre Comercial:	"CORINFAR, S. A. DE C. V."
Teléfono:	22299091 96630300
Email:	hernan.ulloa@corinfar.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:COLONIA LOS LAURELES, CASA NO.: SN, MUNICIPIO: DISTRITO CENTRAL, DEPARTAMENTO: FRANCISCO MORAZAN
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: COLONIA LOS LAURELES, No. SN, MUNICIPIO: DISTRITO CENTRAL, DEPARTAMENTO: FRANCISCO MORAZAN

GENERALES

Número del Documento:	000-004-01-00071508
Fecha de Autorización:	02/02/2024
Modalidad:	SFC Independiente Fijo
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	02/02/2025
CAI:	B0FB20-2759C5-5344BC-7C9807-BDBDD6-91
Desde (Rango Autorizado):	000-004-01-00071101
Hasta (Rango Autorizado):	000-004-01-00076100

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS MACUELIZO** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Concentracion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	50	L 14.00	L 700.00
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg	1000	L 0.30	L 300.00
3	Aciclovir	Frasco	200 mg./ml	1	L 140.00	L 140.00
4	Acido Acetil Salicilico *	Tabletas	100mg	2500	L 0.43	L 1,075.00
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	3000	L 0.21	L 630.00
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	500	L 0.22	L 110.00
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml	50	L 12.00	L 600.00
8	Albendazol	Tabletas	200 mg.	0	L 0.70	L -
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	0	L 3.50	L -
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	0	L 1.80	L -
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	60	L 22.00	L 1,320.00
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	0	L 77.00	L -
13	Antiespasmódico	Tableta	0	500	L 1.40	L 700.00
14	Atenolol	Tabletas	100 mg.	1000	L 0.60	L 600.00
15	Betametazona	Tubo	0.01	10	L 20.00	L 200.00
16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	15	L 27.50	L 412.50
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	800	L 0.90	L 720.00
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	20	L 14.00	L 280.00
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	0	L 1.30	L -
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	0	L 32.00	L -
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	50	L 13.00	L 650.00
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	10	L 17.00	L 170.00
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	0	L 5.00	L -
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	200	L 3.30	L 660.00
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	500	L 0.90	L 450.00
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	0	L 1.40	L -
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	1500	L 0.38	L 570.00
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	0	L 1.20	L -
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	500	L 1.85	L 925.00
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	0	L 4.90	L -
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	0	L 0.58	L -
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	30	L 4.90	L 147.00
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	1000	L 0.26	L 260.00
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	2500	L 0.57	L 1,425.00
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	0	L 19.00	L -
36	Hidroxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	80	L 25.00	L 2,000.00
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	500	L 0.76	L 380.00
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	80	L 14.00	L 1,120.00
39	Irbersartan	Tableta	300 mg	2000	L 2.10	L 4,200.00
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	0	L 19.00	L -
41	Loratadina	Tableta	10 mg	0	L 0.40	L -
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	2500	L 0.70	L 1,750.00
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	0	L 0.80	L -
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	0	L 0.62	L -
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	0	L 1.80	L -
46	Omeprazol	Tableta	20mg	1000	L 0.82	L 820.00
47	Omeprazol	Tableta	40mg	0	L 2.30	L -
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	11	L 94.00	L 1,034.00
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	0	L 44.00	L -
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	5	L 87.00	L 435.00
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	2000	L 0.50	L 1,000.00
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	0	L 14.00	L -
					Sub-Total	L 25,783.50
					ISV	L -
					TOTAL	L 25,783.50

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26/2/2024

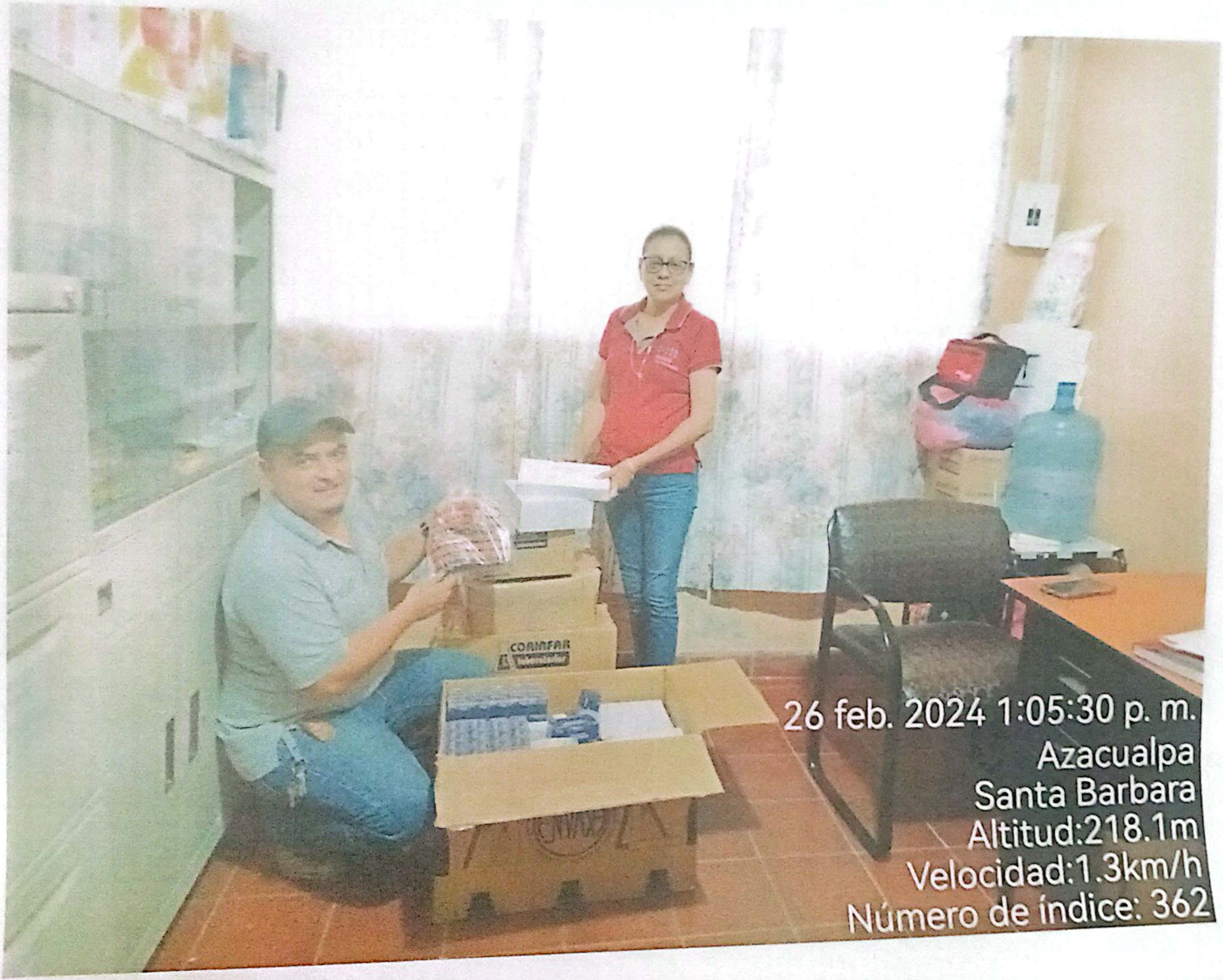
ENTREGADO POR
NOMBRE: Marlon Paz
CARGO: Coordinador P/S

RECIBIDO POR
NOMBRE: Lic. Alejandrina Alejo
CARGO: Alcaldesa

SECRETARIA DE SALUD REGION DEPTAL No. 16 UAPS MACUELIZO SANTA BARBARA

TESTIGO
NOMBRE: Elizabeth Burmán Villeda
CARGO: promotora de Salud.

HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega **a Encargada de Farmacia de CIS SULA** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Concentracion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	100	L 14.00	L 1,400.00
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	2500	L 0.30	L 750.00
3	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml	1	L 140.00	L 140.00
4	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	3000	L 0.43	L 1,290.00
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	4000	L 0.21	L 840.00
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	500	L 0.22	L 110.00
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml.	50	L 12.00	L 600.00
8	Albendazol	Tabletas	200 mg.	0	L 0.70	L -
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	0	L 3.50	L -
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	0	L 1.80	L -
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg / 5ml	0	L 22.00	L -
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	5	L 77.00	L 385.00
13	Antiespasmódico	Tableta	0	0	L 1.40	L -
14	Atenolol	Tabletas	100 mg.	1000	L 0.60	L 600.00
15	Betametazona	Tubo	0.01	30	L 20.00	L 600.00
16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	10	L 27.50	L 275.00
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	0	L 0.90	L -
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	20	L 14.00	L 280.00
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	500	L 1.30	L 650.00
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	20	L 32.00	L 640.00
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	50	L 13.00	L 650.00
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	10	L 17.00	L 170.00
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	10	L 5.00	L 50.00
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	0	L 3.30	L -
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg.	500	L 0.90	L 450.00
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	300	L 1.40	L 420.00
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg.	2500	L 0.38	L 950.00
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	0	L 1.20	L -
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	1000	L 1.85	L 1,850.00
30	Fluconazol	Tableta	150 mg.	50	L 4.90	L 245.00
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	2500	L 0.58	L 1,450.00
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	0	L 4.90	L -
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	3500	L 0.26	L 910.00
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	5000	L 0.57	L 2,850.00
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	10	L 19.00	L 190.00
36	Hidroxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	90	L 25.00	L 2,250.00
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	2000	L 0.76	L 1,520.00
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	100	L 14.00	L 1,400.00
39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	3000	L 2.10	L 6,300.00
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	20	L 19.00	L 380.00
41	Loratadina	Tableta	10 mg	1000	L 0.40	L 400.00
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	4000	L 0.70	L 2,800.00
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	200	L 0.80	L 160.00
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	1500	L 0.62	L 930.00
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	0	L 1.80	L -
46	Omeprazol	Tableta	20mg	1500	L 0.82	L 1,230.00
47	Omeprazol	Tableta	40mg	500	L 2.30	L 1,150.00
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	15	L 94.00	L 1,410.00
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	0	L 44.00	L -
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	10	L 87.00	L 870.00
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	4000	L 0.50	L 2,000.00
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	100	L 14.00	L 1,400.00
					Sub-Total	L 42,945.00
					ISV	L -
					TOTAL	L 42,945.00

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 27/02/2024

ENTREGADO POR
NOMBRE: Mirlog Pez
CARGO Coordinador PLS

RECIBIDO POR
NOMBRE: Ma Auxiliadora Torres
U. S.: CIS Sula.

SECRETARIA DE SALUD U.S. SULA REGION SANITARIA No 16 MACUELIZO SANTA BARBARA HONDURAS

TESTIGO
NOMBRE: Wilmer PLS
CARGO PLS

HONDURAS

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS CASA QUEMADA** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Concentracion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	50	L 14.00	L 700.00
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	2000	L 0.30	L 600.00
3	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml	1	L 140.00	L 140.00
4	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg.	3000	L 0.43	L 1,290.00
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	3000	L 0.21	L 630.00
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	500	L 0.22	L 110.00
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml	50	L 12.00	L 600.00
8	Albendazol	Tabletas	200 mg.	300	L 0.70	L 210.00
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	0	L 3.50	L -
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	500	L 1.80	L 900.00
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg./ 5ml	60	L 22.00	L 1,320.00
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	5	L 77.00	L 385.00
13	Antiespasmódico	Tableta	0	500	L 1.40	L 700.00
14	Atenolol	Tabletas	100 mg.	1000	L 0.60	L 600.00
15	Betametazona	Tubo	0.01	10	L 20.00	L 200.00
16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	15	L 27.50	L 412.50
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	800	L 0.90	L 720.00
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	20	L 14.00	L 280.00
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	0	L 1.30	L -
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	10	L 32.00	L 320.00
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	50	L 13.00	L 650.00
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	10	L 17.00	L 170.00
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	10	L 5.00	L 50.00
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	0	L 3.30	L -
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	500	L 0.90	L 450.00
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	100	L 1.40	L 140.00
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	3000	L 0.38	L 1,140.00
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	0	L 1.20	L -
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	0	L 1.85	L -
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	50	L 4.90	L 245.00
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	2000	L 0.58	L 1,160.00
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	0	L 4.90	L -
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	2000	L 0.26	L 520.00
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	3000	L 0.57	L 1,710.00
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	15	L 19.00	L 285.00
36	Hidroxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	80	L 25.00	L 2,000.00
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	2000	L 0.76	L 1,520.00
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	50	L 14.00	L 700.00
39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	2000	L 2.10	L 4,200.00
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	20	L 19.00	L 380.00
41	Loratadina	Tableta	10 mg	800	L 0.40	L 320.00
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	2500	L 0.70	L 1,750.00
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	0	L 0.80	L -
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	2000	L 0.62	L 1,240.00
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	0	L 1.80	L -
46	Omeprazol	Tableta	20mg	1500	L 0.82	L 1,230.00
47	Omeprazol	Tableta	40mg	500	L 2.30	L 1,150.00
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	0	L 94.00	L -
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	10	L 44.00	L 440.00
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	0	L 87.00	L -
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	4000	L 0.50	L 2,000.00
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	90	L 14.00	L 1,260.00
					Sub-Total	L 34,827.50
					ISV	L -
					TOTAL	L 34,827.50

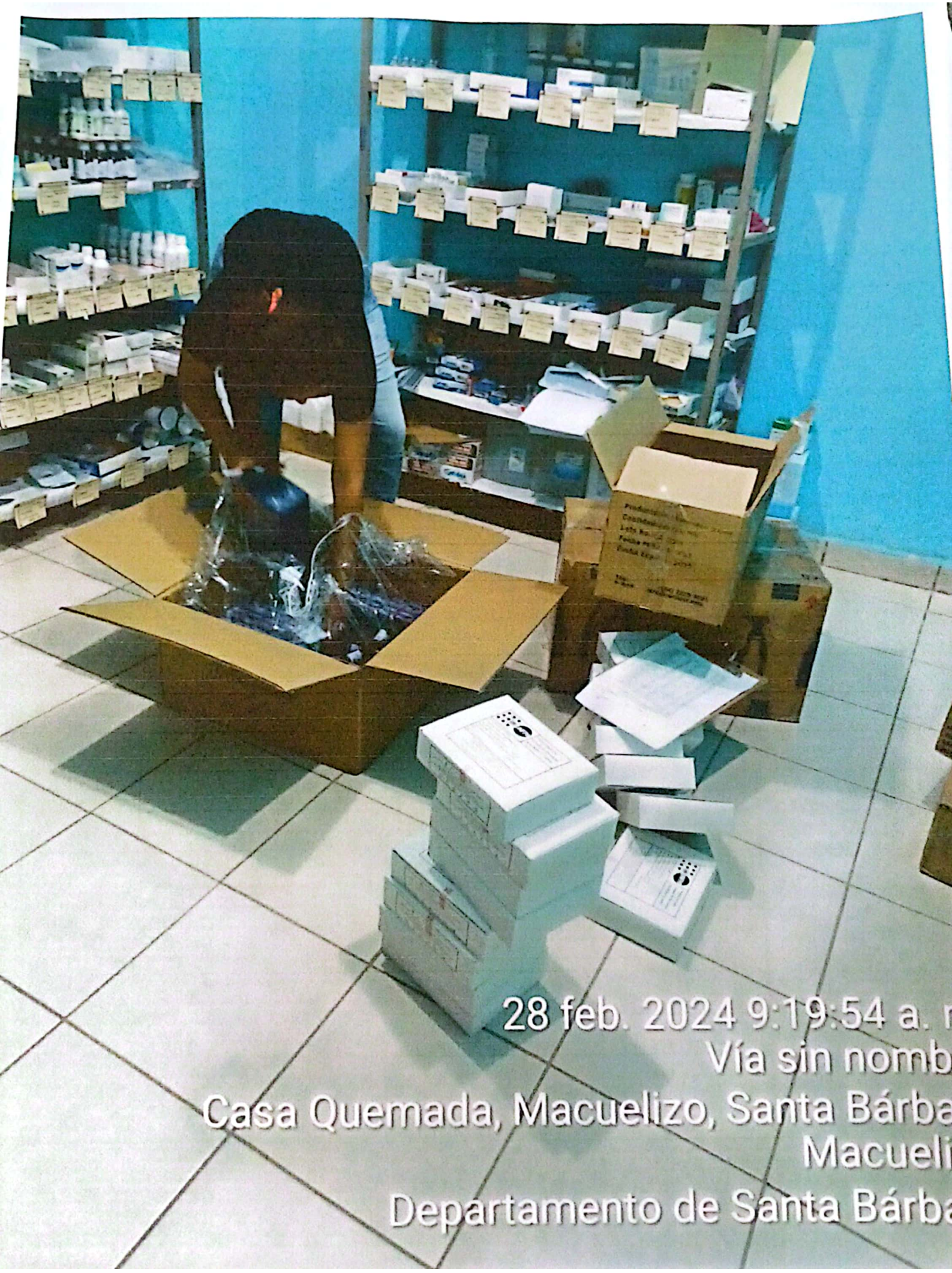
Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26/02/24

ENTREGADO POR
NOMBRE: Mejía Mejía
CARGO Asst. Admón

nancyvalerio
RECIBIDO POR
NOMBRE: nancyvalerio
U. S.: Casa Quemada

TESTIGO
NOMBRE: _____
CARGO _____



SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE: La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB,** le hace entrega **a Encargada de Farmacia de UAPS CIRUELO** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Concentracion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	50	L 14.00	L 700.00
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg	2500	L 0.30	L 750.00
3	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml	1	L 140.00	L 140.00
4	Acido Acetil Salicílico *	Tabletas	100mg	3000	L 0.43	L 1,290.00
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg	4000	L 0.21	L 840.00
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg	500	L 0.22	L 110.00
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml	40	L 12.00	L 480.00
8	Albendazol	Tabletas	200 mg	300	L 0.70	L 210.00
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg	200	L 3.50	L 700.00
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg	200	L 1.80	L 360.00
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg / 5ml	50	L 22.00	L 1,100.00
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Anthemorroidal	0	L 77.00	L -
13	Antiespasmódico	Tableta	0	500	L 1.40	L 700.00
14	Atenolol	Tabletas	100 mg	800	L 0.60	L 480.00
15	Betametazona	Tubo	0.01	20	L 20.00	L 400.00
16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	15	L 27.50	L 412.50
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	500	L 0.90	L 450.00
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	20	L 14.00	L 280.00
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg	300	L 1.30	L 390.00
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	5	L 32.00	L 160.00
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg	50	L 13.00	L 650.00
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g / 20 g. (1%)	0	L 17.00	L -
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	10	L 5.00	L 50.00
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg	400	L 3.30	L 1,320.00
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	0	L 0.90	L -
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	100	L 1.40	L 140.00
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	2500	L 0.38	L 950.00
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg	0	L 1.20	L -
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg	500	L 1.85	L 925.00
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	50	L 4.90	L 245.00
31	Furosemida	Tabletas	40 mg	2000	L 0.58	L 1,160.00
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	30	L 4.90	L 147.00
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg	2500	L 0.26	L 650.00
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg	3000	L 0.57	L 1,710.00
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	10	L 19.00	L 190.00
36	Hidroxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	80	L 25.00	L 2,000.00
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	1500	L 0.76	L 1,140.00
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	80	L 14.00	L 1,120.00
39	Irbersartan	Tableta	300 mg	2000	L 2.10	L 4,200.00
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	10	L 19.00	L 190.00
41	Loratadina	Tableta	10 mg	800	L 0.40	L 320.00
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg	2500	L 0.70	L 1,750.00
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	100	L 0.80	L 80.00
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	1500	L 0.62	L 930.00
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	200	L 1.80	L 360.00
46	Omeprazol	Tableta	20mg	1500	L 0.82	L 1,230.00
47	Omeprazol	Tableta	40mg	500	L 2.30	L 1,150.00
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Otucas	10	L 94.00	L 940.00
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	15	L 44.00	L 660.00
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	10	L 87.00	L 870.00
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg	3000	L 0.50	L 1,500.00
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	90	L 14.00	L 1,260.00
					Sub-Total	**L 37,789.50**
					ISV	**L -**
					TOTAL	**L 37,789.50**

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha:_____

ENTREGADO POR
NOMBRE:
CARGO

RECIBIDO POR
NOMBRE: Xiomara Mejia Amador
U.S.: Farmacia

TESTIGO
NOMBRE:
CARGO

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS LIBERTAD** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Concentracion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	0	L 14.00	L -
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg.	2500	L 0.30	L 750.00
3	Acicloyir	Frasco	200 mg /ml	1	L 140.00	L 140.00
4	Acido Acetil Salicilico *	Tabletas	100mg.	3000	L 0.43	L 1,290.00
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg	4000	L 0.21	L 840.00
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg	500	L 0.22	L 110.00
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml	20	L 12.00	L 240.00
8	Albendazol	Tabletas	200 mg.	300	L 0.70	L 210.00
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	300	L 3.50	L 1,050.00
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg	500	L 1.80	L 900.00
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg / 5ml	0	L 22.00	L -
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	5	L 77.00	L 385.00
13	Antiespasmódico	Tableta	0	300	L 1.40	L 420.00
14	Atenolol	Tabletas	100 mg	800	L 0.60	L 480.00
15	Betametazona	Tubo	0.01	10	L 20.00	L 200.00
16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	10	L 27.50	L 275.00
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	800	L 0.90	L 720.00
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	0	L 14.00	L -
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg	300	L 1.30	L 390.00
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	15	L 32.00	L 480.00
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	50	L 13.00	L 650.00
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	0	L 17.00	L -
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	10	L 5.00	L 50.00
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	400	L 3.30	L 1,320.00
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	0	L 0.90	L -
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	0	L 1.40	L -
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	3500	L 0.38	L 1,330.00
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	800	L 1.20	L 960.00
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	0	L 1.85	L -
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	50	L 4.90	L 245.00
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	2500	L 0.58	L 1,450.00
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	20	L 4.90	L 98.00
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	3000	L 0.26	L 780.00
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	3000	L 0.57	L 1,710.00
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	10	L 19.00	L 190.00
36	Hidroxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	80	L 25.00	L 2,000.00
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	2000	L 0.76	L 1,520.00
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	50	L 14.00	L 700.00
39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	2000	L 2.10	L 4,200.00
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	20	L 19.00	L 380.00
41	Loratadina	Tableta	10 mg	500	L 0.40	L 200.00
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	2500	L 0.70	L 1,750.00
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	100	L 0.80	L 80.00
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	0	L 0.62	L -
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	0	L 1.80	L -
46	Omeprazol	Tableta	20mg	2000	L 0.82	L 1,640.00
47	Omeprazol	Tableta	40mg	0	L 2.30	L -
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	0	L 94.00	L -
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	20	L 44.00	L 880.00
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	10	L 87.00	L 870.00
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	3000	L 0.50	L 1,500.00
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg / ml.	90	L 14.00	L 1,260.00
					Sub-Total	L 34,643.00
					ISV	L -
					TOTAL	L 34,643.00

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: _____

ENTREGADO POR

NOMBRE: Meby

CARGO Asist. Administrativa

RECIBIDO POR

NOMBRE: Nubia Rodas

U. S.: Libertad

TESTIGO

NOMBRE: _____

CARGO _____

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS ROSARIO** lo siguiente

ITEM	Descripcion	Presentacion	Concentracion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	0	L 14.00	L -
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg	2500	L 0.30	L 750.00
3	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml	1	L 140.00	L 140.00
4	Acido Acetil Salicilico *	Tabletas	100mg	3000	L 0.43	L 1,290.00
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg	5000	L 0.21	L 1,050.00
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg	500	L 0.22	L 110.00
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml	50	L 12.00	L 600.00
8	Albendazol	Tabletas	200 mg	300	L 0.70	L 210.00
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg	300	L 3.50	L 1,050.00
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg	320	L 1.80	L 576.00
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg / 5ml	50	L 22.00	L 1,100.00
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	5	L 77.00	L 385.00
13	Antiespasmódico	Tableta	0	200	L 1.40	L 280.00
14	Atenolol	Tabletas	100 mg	1000	L 0.60	L 600.00
15	Betametazona	Tubo	0.01	15	L 20.00	L 300.00
16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	10	L 27.50	L 275.00
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	800	L 0.90	L 720.00
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	10	L 14.00	L 140.00
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg	0	L 1.30	L -
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	10	L 32.00	L 320.00
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg	50	L 13.00	L 650.00
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g / 20 g. (1%)	10	L 17.00	L 170.00
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	20	L 5.00	L 100.00
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	400	L 3.30	L 1,320.00
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	0	L 0.90	L -
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	100	L 1.40	L 140.00
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	3000	L 0.38	L 1,140.00
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	800	L 1.20	L 960.00
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	500	L 1.85	L 925.00
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	50	L 4.90	L 245.00
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	2500	L 0.58	L 1,450.00
32	Gentamicina	Amp.	8 mg /ml	30	L 4.90	L 147.00
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	3000	L 0.26	L 780.00
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	3000	L 0.57	L 1,710.00
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	0	L 19.00	L -
36	Hidroxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	80	L 25.00	L 2,000.00
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	0	L 0.76	L -
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	0	L 14.00	L -
39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	3500	L 2.10	L 7,350.00
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	20	L 19.00	L 380.00
41	Loratadina	Tableta	10 mg	500	L 0.40	L 200.00
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg	1500	L 0.70	L 1,050.00
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	0	L 0.80	L -
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	1500	L 0.62	L 930.00
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	200	L 1.80	L 360.00
46	Omeprazol	Tableta	20mg	1800	L 0.82	L 1,476.00
47	Omeprazol	Tableta	40mg	0	L 2.30	L -
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	10	L 94.00	L 940.00
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	0	L 44.00	L -
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	5	L 87.00	L 435.00
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	4000	L 0.50	L 2,000.00
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg / ml	90	L 14.00	L 1,260.00
					Sub-Total	L 38,014.00
					ISV	L -
					TOTAL	L 38,014.00

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 27/03/24

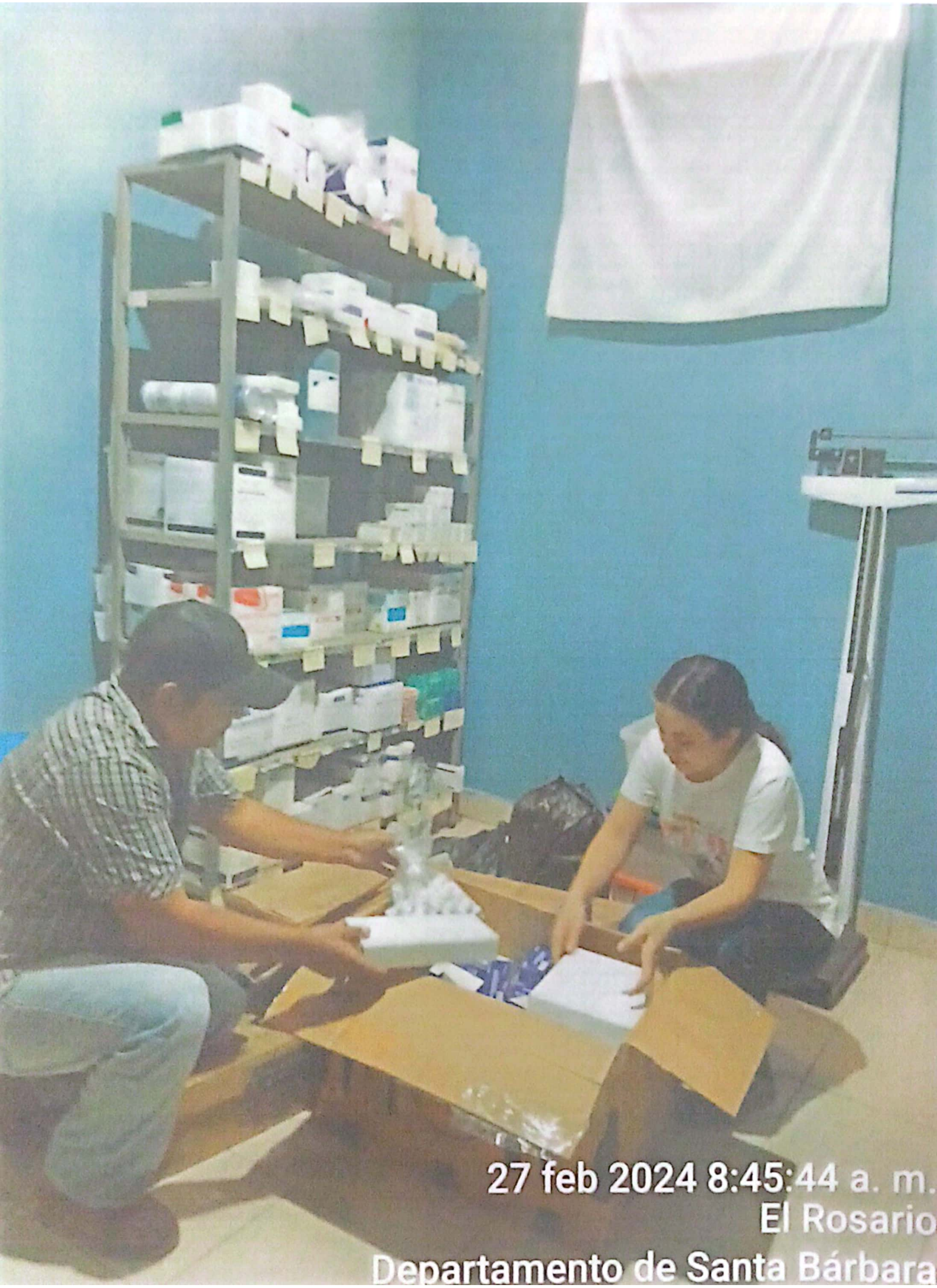
ENTREGADO POR
NOMBRE: German Lopez
CARGO motorista

RECIBIDO POR
NOMBRE: Blanca Patricia Garcia
U. S.: Farmacia

TESTIGO
NOMBRE:
CARGO AIE

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD MACUELIZO SANTA BARBARA

SECRETARIA DE SALUD U.S. EL ROSARIO REGIÓN SANITARIA No. 18 MACUELIZO, SANTA BARBARA HONDURAS



SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **Encargada de Farmacia de UAPS ABUNDANCIA** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Concentracion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	0	L 14.00	L -
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg	3000	L 0.30	L 900.00
3	Aciclovir	Frasco	200 mg /ml	1	L 140.00	L 140.00
4	Acido Acetil Salicilico *	Tabletas	100mg	2500	L 0.43	L 1,075.00
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg	3000	L 0.21	L 630.00
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg	800	L 0.22	L 176.00
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml	50	L 12.00	L 600.00
8	Albendazol	Tabletas	200 mg	300	L 0.70	L 210.00
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg	300	L 3.50	L 1,050.00
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg	0	L 1.80	L -
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg / 5ml	0	L 22.00	L -
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	5	L 77.00	L 385.00
13	Antiespasmódico	Tableta	0	500	L 1.40	L 700.00
14	Atenolol	Tabletas	100 mg	1000	L 0.60	L 600.00
15	Betametazona	Tubo	0.01	10	L 20.00	L 200.00
16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	10	L 27.50	L 275.00
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	500	L 0.90	L 450.00
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	0	L 14.00	L -
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg	500	L 1.30	L 650.00
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	0	L 32.00	L -
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	0	L 13.00	L -
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	15	L 17.00	L 255.00
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	30	L 5.00	L 150.00
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	400	L 3.30	L 1,320.00
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	0	L 0.90	L -
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	0	L 1.40	L -
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	2000	L 0.38	L 760.00
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	300	L 1.20	L 360.00
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	0	L 1.85	L -
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	50	L 4.90	L 245.00
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	2500	L 0.58	L 1,450.00
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	10	L 4.90	L 49.00
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	3000	L 0.26	L 780.00
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	1500	L 0.57	L 855.00
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	0	L 19.00	L -
36	Hidroxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	50	L 25.00	L 1,250.00
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	1500	L 0.76	L 1,140.00
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	0	L 14.00	L -
39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	3000	L 2.10	L 6,300.00
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	15	L 19.00	L 285.00
41	Loratadina	Tableta	10 mg	500	L 0.40	L 200.00
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	0	L 0.70	L -
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	100	L 0.80	L 80.00
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	1500	L 0.62	L 930.00
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	100	L 1.80	L 180.00
46	Omeprazol	Tableta	20mg	1500	L 0.82	L 1,230.00
47	Omeprazol	Tableta	40mg	500	L 2.30	L 1,150.00
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	0	L 94.00	L -
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	0	L 44.00	L -
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	10	L 87.00	L 870.00
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	2000	L 0.50	L 1,000.00
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	0	L 14.00	L -
					Sub-Total	L 28,880.00
					ISV	L -
					TOTAL	L 28,880.00

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 26/2/24

ENTREGADO POR
NOMBRE: Mercy Mejia
CARGO Aux. Admon

RECIBIDO POR
NOMBRE: Mercy Madrid
C.I.: Enfermera

TESTIGO
NOMBRE: _____
CARGO _____

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B.
RTN: 16139011360075 CEL.: 9839-4784

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE: La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a Encargada de Farmacia de UAPS LA FLECHA** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Concentracion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Acetaminofén	Frasco	120mg /5ml	0	L 14.00	L -
2	Acetaminofén	Tabletas	500 mg	3000	L 0.30	L 900.00
3	Aciclovir	Frasco	200 mg./ml	1	L 140.00	L 140.00
4	Acido Acetil Salicilico •	Tabletas	100mg	3000	L 0.43	L 1,290.00
5	Acido fólico	Tabletas	1 mg.	4000	L 0.21	L 840.00
6	Acido fólico	Tabletas	5 mg.	800	L 0.22	L 176.00
7	Albendazol	Frasco	200 mg / 5 ml	40	L 12.00	L 480.00
8	Albendazol	Tabletas	200 mg	0	L 0.70	L -
9	Alfa metildopa	Tabletas	500 mg.	300	L 3.50	L 1,050.00
10	Amitriptilina	Tableta	25 mg.	300	L 1.80	L 540.00
11	Amoxicilina (Trihidrato)	Frasco	250mg / 5ml	50	L 22.00	L 1,100.00
12	Anestésico local+corticosteroide	Tubo	Antihemorroidal	5	L 77.00	L 385.00
13	Antiespasmódico	Tableta	0	800	L 1.40	L 1,120.00
14	Atenolol	Tabletas	100 mg	1000	L 0.60	L 600.00
15	Betametazona	Tubo	0.01	10	L 20.00	L 200.00
16	Calamina Fenolada	Frasco	0.08	0	L 27.50	L -
17	Carbamacepina	Tableta	200 mg	0	L 0.90	L -
18	Ceftriaxiona (Sodica)	Frasco	1 gramo	15	L 14.00	L 210.00
19	Ciprofloxacina	Tabletas	500mg.	500	L 1.30	L 650.00
20	Cloranfenicol	Frasco	0.5% colirio	10	L 32.00	L 320.00
21	Clotrimazol	Óvulos	500 mg.	50	L 13.00	L 650.00
22	Clotrimazol 1%	Tubo	0.2g. / 20 g. (1%)	15	L 17.00	L 255.00
23	Dexametazona Inyect.	Frasco	4 mg/ml	10	L 5.00	L 50.00
24	Dicloxacilina (Sodica)	Capsula	500 mg.	400	L 3.30	L 1,320.00
25	Difenhidramina	Capsula	50 mg	0	L 0.90	L -
26	Digoxina	Tableta	0.25 %	100	L 1.40	L 140.00
27	Enalapril (Maleato)	Tableta	20 mg	3500	L 0.38	L 1,330.00
28	Fenitoina (Sodica)	Capsulas	100 mg.	500	L 1.20	L 600.00
29	Fenobarbital (Sodico)	Tabletas	100 mg.	500	L 1.85	L 925.00
30	Fluconazol	Tableta	150 mg	100	L 4.90	L 490.00
31	Furosemida	Tabletas	40 mg.	2500	L 0.58	L 1,450.00
32	Gentamicina	Amp.	8 mg./ml	30	L 4.90	L 147.00
33	Glibenclamida	Tabletas	5 mg.	2500	L 0.26	L 650.00
34	Hidroclorotiazida	Tabletas	25 mg.	3000	L 0.57	L 1,710.00
35	Hidrocortisona 1%	Tubo	1% (Equivalente A 10mg/G)	20	L 19.00	L 380.00
36	Hidroxido de Aluminio y Magnesio	Frasco	600 mg/5ml	80	L 25.00	L 2,000.00
37	Ibuprofeno	Tabletas	600 mg	2000	L 0.76	L 1,520.00
38	Ibuprofeno	Frasco	100mg /5ml	90	L 14.00	L 1,260.00
39	Irbersartan	Tableta	300 mg.	3000	L 2.10	L 6,300.00
40	Ketoconazol	Tubo	0.02	15	L 19.00	L 285.00
41	Loratadina	Tableta	10 mg	0	L 0.40	L -
42	Metformina (Clorhidrato)	Tableta	850 mg.	2500	L 0.70	L 1,750.00
43	Metoclopramida	Tableta	10 mg	150	L 0.80	L 120.00
44	Multivitaminas	Capsulas	Capsulas	1500	L 0.62	L 930.00
45	Nifedipina	Tableta	20 mg	200	L 1.80	L 360.00
46	Omeprazol	Tableta	20mg	1500	L 0.82	L 1,230.00
47	Omeprazol	Tableta	40mg	0	L 2.30	L -
48	Polimixina + Neomicina + Hidrocortizona	Gotas	Oticas	0	L 94.00	L -
49	Polimixina B5000 UI+Neomic 3.5g+Bacit. 400Ui	Tubo	Tubo	20	L 44.00	L 880.00
50	Salicilato de metilo	Tarro	0.05	10	L 87.00	L 870.00
51	Sulfato ferroso	Grageas	300 mg.	4000	L 0.50	L 2,000.00
52	Sulfato ferroso	Frasco	125mg./ ml.	90	L 14.00	L 1,260.00
					Sub-Total	L 40,863.00
					ISV	L -
					TOTAL	L 40,863.00

L 283,745

Nota: Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: _____

ENTREGADO POR
NOMBRE: Mersy Mejia
CARGO: Sub. Administrativo

RECIBIDO POR
NOMBRE: Fran Vasquez Zelaya
U.S.: Farmacia

TESTIGO
NOMBRE: _____
CARGO _____

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.°: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007543

18 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

CORINFAR S A DE C V — 283,745.50 L
Páguese a la orden de

DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO CON CINCUENTA CENTAVOS — Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100 1150⑆000 1090000 2503⑈00007543

CONCEPTO DEL PAGO mpra de Medicamentos (52 partidas) segun orden de compra N° 06-2024 para ser distribuidos en los 8 Establecimi Salud: Macuelizo, Sula, Casa Quemada, Ciruelo, Libertad, Rosario, Abundancia, Flecha, en cumplimiento a la cartera de servi nivel de atencion del Modelo Descentralizado de Salud.

PAGO DE Compra de Medicamentos (52 partidas) segun orden de compra N° 283,745.50

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	06-2024 para ser distribuidos en los 8 Establecimientos de Salud: Macuelizo, Casa Quemada, Ciruelo, Libertad, Rosario, Abundancia, Flecha, en cumplimiento a la cartera de servicios del primer nivel de atencion del Modelo Descentralizado de Salud.			

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA

CHEQUE No. 00007543 **BALANCE**

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

RECIBIDO POR — AUTORIZADO — RECIBI CONFORME

2802508 M-0913 33

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Honduras, C.A.

Emisión: 18/03/2024
Hora : 12:36 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9269
L.: 39,715.25

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7482
Fecha de Emision: 18/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7545
Paguese a: SERVICIOS MÚLTIPLES BARA S DE R.L DE C.V Id/RTN: 05019016840967
La Cantidad en Letras: TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS QUINCE CON VEINTICINCO CENTAVOS

Descripcion:

Pago por Reproducción de 35 Talonarios de Orden de combustible papel químico N° correlativo: 951-1200, 275 Talonarios de recetarios médicos, 525 Historia Clínica para embarazadas a dos colores tiro y retiro, 525 Plan de Parto a 2 colores tiro y retiro, 200 Carnet Perinatal en Cartoncillo opalina a 2 colores tiro y retiro, en cumplimiento a exigencias del Primer Nivel de Atención en Salud, respetando Normas de la Secretaria de Salud.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 25300 14-012-01	Servicio de Imprenta, Publicaciones y Reproducciones	39,715.25

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	39,715.25
	Monto Total:	39,715.25

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	39,715.25
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	39,715.25

Firma y Sello de Presupuestario Firma y Sello de Alcalde(sa) Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por:
Identidad No.:

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdleqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

Secretaria de salud.
Modelo Descentralizado Macuelizo.
Region#16 Santa Bárbara.

Macuelizo, Santa Bárbara.
30 de enero 2024

Lic Edenia Romero.
Admón. GDSS-Macuelizo
Su oficina

Reciba un Cordial, éxitos y bendiciones de nuestro divino creador.

Por medio de la presente le solicito la reproducción del compendio de Instrumentos oficiales que se encuentran vigentes en La SESAL, para la difusión de la información, cumplimiento de calidad, generar reportes e indicadores de atencion en salud para la cual se adjunta análisis de solicitud:
Para los meses de febrero a abril 2024.

E.S.	Atencion N+S Programadas de agosto a diciembre	ATA (Cada ATA trae para 40 Atenciones)	Personal Asistencial	EXISTENCIA EN KARDEX	Cantidad Solitada de ATA	EXITENCIA DE RECETARIOS	Recetarios (cada receta para 100)	Cantidad Solicitada de Recetarios
Macuelizo	3398	85	4		0	0	100	25
Sula	8810	220	6		0	0	264	50
Libertad	5807	145	3		0	0	174	40
Ciruelo	5020	125	3		0	0	150	35
Casa Quemada	3546	89	3		0	0	100	25
Abundancia	2877	72	3		0	0	86	20
Flecha	7164	179	6		0	0	214	50
Rosario	3606	90	3		0	0	108	30
Total	40228	1005	8	820	0	9	1196	275 *

E.S.	Atencion de embarazadas Nuevas programadas	HCPB (PROMEDIO DE 2 HCPB a utilizar por el número de atenciones entre 5-a-8 atenciones (2 HCPB x Emb)	EXISTENCIA EN FISICO KARDEX	Cantidad solicitada HCPB	Cantidad solicitada de HCPB y plan de parto	Solicitada para el año PLAN DE PARTO	Carnet en existencia	CARNET PERINATAL
Macuelizo	105	210		210	52	210		10
Sula	229	458		458	120	458		30
Libertad	146	292		292	73	292		30
Ciruelo	115	230		230	58	230		30
Casa Quemada	74	148		148	38	148		30
Abundancia	65	130		130	32	130		10
Flecha	188	376		376	94	376		30
Rosario	114	228		228	58	228		30
Total	1036	2072	60	2072	525 *	2072	30	200 *

x2

Sin más.

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SECRETARIA

Lic Ever Alexander García Millao
Coordinador Municipal de Salud Macuelizo.
Correo: sandergarcia26@yahoo.com
Cell: 9806-1495.

Servicios Multiples Bara S. de R.L. de C.V.
Residencial Valentina, Calle Principal, a 250 metros de Cementerio Hall, d
El Progreso Yoro
RTN: 05019016840967
Telefono: (504) 3191-8189
Correo: galapublicidad@grupogalahn.com

Cliente: Alcaldía Municipal de Macuelizo
Domicilio: Macuelizo, Santa Barbara
RTN: 16139011360075
Forma de Pago: Contado

Cotizacion 1 - 000001
Fecha: 29/01/2024

ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNIDAD	SUBTOTAL	DTO.	TOTAL
00031	TALONARIO DE ORDEN DE COMBUSTIBLE TAMAÑO MEDIA CARTA - 5.5" x 8.5" 50 ÓRDENES POR TALONARIO PAPEL QUÍMICO ORIGINAL + COPIA A UN COLOR - NEGRO A UNA CARA CORRELATIVOS DEL 951 AL 1200	5.00	107.00	535.00		535.00
00014	RECETARIO MEDICO TAMAÑO MEDIA CARTA 5.5" X 8.5" 50 RECETAS POR TALONARIO PAPEL BOND 16 A UN COLOR - NEGRO A UNA CARA	275.00	48.00	13,200.00		13,200.00
00009	HISTORIAL CLÍNICO PARA EMBARAZOS TAMAÑO CARTA - 8.5" X 11" PAPEL BOND 24 A DOS COLORES - AMARILLO Y NEGRO TIRO Y RETIRO	525.00	16.00	8,400.00		8,400.00
00012	PLAN DE PARTO TAMAÑO CARTA - 8.5" X 11" PAPEL BOND 24 A TODO COLOR TIRO Y RETIRO	525.00	16.00	8,400.00		8,400.00

Importe **ISV**

OBSERVACIONES:

Gravado 18%

Subtotal
Total ISV
TOTAL:

Notas

Servicios Multiples Bara S. de R.L. de C.V.
Residencial Valentina, Calle Principal, a 250 metros de Cementerio Hall, d
El Progreso Yoro
RTN: 05019016840967
Telefono: (504) 3191-8189
Correo: galapublicidad@grupogalahn.com

Cliente: Alcaldía Municipal de Macuelizo
Domicilio: Macuelizo, Santa Barbara
RTN: 16139011360075
Forma de Pago: Contado

Cotizacion 1 - 000001
Fecha: 29/01/2024

ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNIDAD	SUBTOTAL	DTO.	TOTAL
00011	CARNET PERINATAL TAMAÑO CARTA - 8.5" X 11" OPALINA 250 A DOS COLORES - AMARILLO Y NEGRO TIRO Y RETIRO	200.00	20.00	4,000.00		4,000.00

OBSERVACIONES:

	Importe	ISV
Gravado 15%	L 34,535.00	L 5,180.25
Gravado 18%	L 0.00	L 0.00
Exonerado	L 0.00	
Exento	L 0.00	
Subtotal		L 34,535.00
Total ISV		L 5,180.25
TOTAL:		L 39,715.25

Notas

SECRETARIA DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 17-2024

martes, 30 de enero de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO
SERVICIOS MULTIPLES BARA S. DE R.L. DE C.V	ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
1	1	Talonario de orden de Combustible media carta con papel quimico	Talonario	5	L 107.00	L 535.00
2	2	RecetarioMedico media carta	Talonario	275	L 48.00	L 13,200.00
3	3	Historia clinica para embarazadaas tiro y retiro	Unidad	525	L 16.00	L 8,400.00
4	4	Plan de Parto a todo color tiro y retiro	Unidad	525	L 16.00	L 8,400.00
5	5	Carnet Perinatal a 2 colores tiro y retiro	Unidad	200	L 20.00	L 4,000.00
					Sub-Total	L 34,535.00
					Impuesto	L 5,180.25
					Total	L 39,715.25

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR GESTOR
ADMINISTRACION	COORDINACION	ALCALDESA
Licda. Edenia Romero	Lic. Ever Garcia	Licda. Suyapa Jacqueline Trejo

RECIBIDA LA O.C POR PROVEEDOR

Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE RECEPCION

Nombre del Proveedor: SERVICIOS MULTIPLES BARA S. DE R.L. DE C.V

Numero Orden de Compra: 17-2024

DETALLE DE PRODUCTOS RECIBIDOS

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cant. Según Orden	Cantidad recibida	Diferencia	Observacion
1	Talonario de orden de Combustible media carta con papel quimico	Talonario	5	5	–	
2	RecetarioMedico media carta	Talonario	275	275	–	
3	Historia clinica para embarazadaas tiro y retiro	Unidad	525	525	–	
4	Plan de Parto a todo color tiro y retiro	Unidad	525	525	–	
5	Carnet Perinatal a 2 colores tiro y retiro	Unidad	200	200	–	

RECIBIDO POR

NOMBRE: Edenia B. Romero

LUGAR Y FECHA: 08/03/24

ENTREGADO POR

NOMBRE:

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B
RTN: 16139011360075

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **COORDINADOR MUNICIPAL Y DIGITADORA** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Talonario de orden de Combustible media carta con papel quimico	Talonario	5	107.00	L 535.00
2	RecetarioMedico media carta	Talonario	275	48.00	L 13,200.00
3	Historia clinica para embarazadaas tiro y retiro	Unidad	525	16.00	L 8,400.00
4	Plan de Parto a todo color tiro y retiro	Unidad	525	16.00	L 8,400.00
5	Carnet Perinatal a 2 colores tiro y retiro	Unidad	200	20.00	L 4,000.00
				SUB TOTAL	L. 34,535.00
				15% ISV	L. 5,180.25
				TOTAL	L. 39,715.25

Nota: Dichos insumos seran manejados bajo cardex en cumplimiento a Lineamientos SESAL

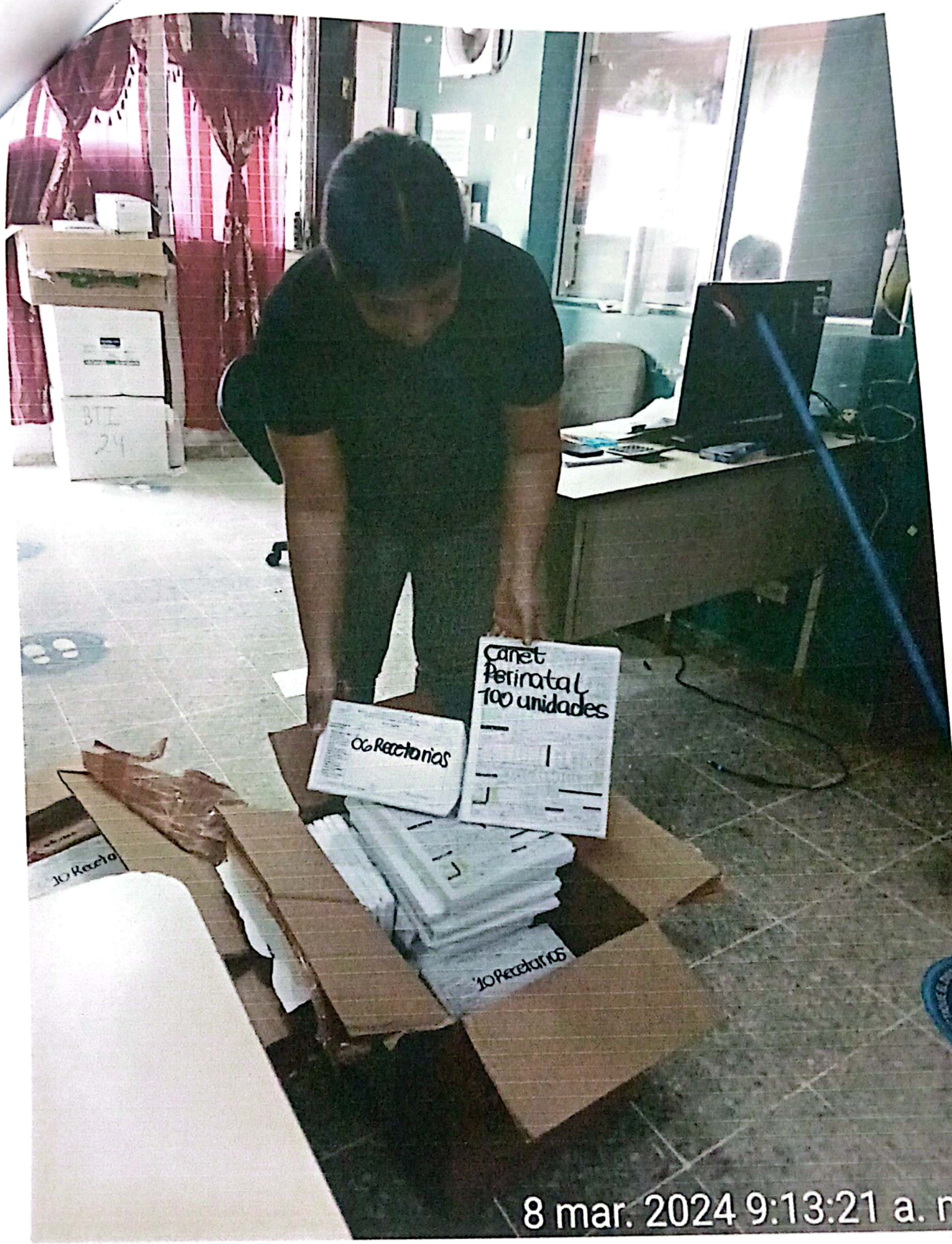
Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 08/03/2024

ENTREGADO POR
NOMBRE: Edenia B. Romero
CARGO: Administradora

RECIBIDO POR
NOMBRE: Eveli Garcia
CARGO: Coordinador

RECIBIDO POR
NOMBRE: Iris Gilliany Reyes M.



ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.°: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007545

18 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

SERVICIOS MÚLTIPLES BARA S DE R.L DE C.V 39,715.25 L
Páguese a la orden de

TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS QUINCE CON VEINTICINCO CENTAVOS Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆01001150⑆0001090000250 3⑈00007545

CONCEPTO DEL PAGO	
	Pago por Reproducción de 35 Talonarios de Orden de combustible papel químico N° correlativo: 951-1200, 275 Talon recetarios médicos, 525 Historia Clínica para embarazadas a dos colores tiro y retiro, 525 Plan de Parto a 2 colores tiro y retiro Perinatal en Cartoncillo opalina a 2 colores tiro y retiro, en cumplimiento a exigencias del Primer Nivel de Atención en Salud, res Normas de la Secretaria de Salud.

PAGO DE Pago por Reproducción de 35 Talonarios de Orden de combustible papel químico N° correlativo: 951-1200, 275 Talonarios de recetarios médicos, 525 Historia Clínica para embarazadas a dos colores tiro y retiro, 525 Plan de Parto a 2 colores tiro y retiro, 200 Carnet Perinatal en Cartoncillo opalina a 2 colores tiro y retiro, en cumplimiento a exigencias del Primer Nivel de Atención en Salud, respetando Normas de la Secretaria de Salud. 39,715.25

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

CHEQUE No. 00007545 BALANCE

MUNICIPALIDAD MACUELIZO SANTA BARBARA
TESORERIA MUNICIPAL

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO SANTA BARBARA

HECHO POR AUTORIZADO POR RECIBI CONFORME

2802508 M-0913 33

Servicios Múltiples Bara S. de R.L. de C.V.
Residencial Valentina, Calle Principal, a 250 metros de Cementerio Hall, después de Col. Kattan

El Progreso Yoro
RTN: 05019016840967
Telefono: (504) 3191-8189
Correo: smbarahb@gmail.com

GALA PUBLICIDAD

Cliente: Alcaldía Municipal de Macuelizo
Direccion: Macuelizo, Santa Barbara
Macuelizo Santa Barbara
Telefono:
RTN: 16139011360075
Forma de Pago: Contado

DOCUMENTO	NÚMERO	PÁGINA	FECHA
Factura	000-002-01-00 000142	1	09/04/2024

ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNIDAD	SUBTOTAL	DTO.	TOTAL
00031	TALONARIO DE ORDEN DE COMBUSTIBLE TAMAÑO MEDIA CARTA - 5.5" x 8.5" 50 ÓRDENES POR TALONARIO PAPEL QUÍMICO ORIGINAL + COPIA A UN COLOR - NEGRO A UNA CARA CORRELATIVOS DEL 951 AL 1200		107.00	535.00		535.00
00014	RECETARIO MEDICO TAMAÑO MEDIA CARTA 5.5" X 8.5" 100 RECETAS POR TALONARIO PAPEL BOND 16 A UN COLOR - NEGRO A UNA CARA		48.00	13,200.00		13,200.00
00009	HISTORIAL CLÍNICO PARA EMBARAZOS TAMAÑO CARTA - 8.5" X 11" PAPEL BOND 24 A DOS COLORES - AMARILLO Y NEGRO TIRO Y RETIRO		16.00	8,400.00		8,400.00
00012	PLAN DE PARTO TAMAÑO CARTA - 8.5" X 11" PAPEL BOND 24					

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO
No. DE ORDEN DE COMPRA EXENTA:
No. CONST. REGISTRO EXONERADO:
No. REGISTRO SAG:

ORIGINAL

Descuento y Rebajas
Subtotal
Total Exento
Total Exonerado
Total Gravado 15%
Total Gravado 18%
ISV 15%
ISV 18%
Total

Total en Letras:

CAI: 3EA8FC-E36428-62498A-37D203-7968B9-70
Rango Autorizado: 000-002-01-00000101 a 00000150
Fecha limite de emision: 06/09/2024
ORIGINAL: CLIENTE COPIA: EMISOR

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

Servicios Múltiples Bara S. de R.L. de C.V.
Residencial Valentina, Calle Principal, a 250 metros de Cementerio Hall, después de Col. Kattan

El Progreso Yoro
RTN: 05019016840967
Telefono: (504) 3191-8189
Correo: smbarahb@gmail.com

GALA PUBLICIDAD

Cliente: Alcaldía Municipal de Macuelizo
Direccion: Macuelizo, Santa Barbara
Macuelizo Santa Barbara
Telefono:
RTN: 16139011360075
Forma de Pago: Contado

DOCUMENTO	NÚMERO	PÁGINA	FECHA
Factura	000-002-01-00 000142	2	09/04/2024

ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNIDAD	SUBTOTAL	DTO.	TOTAL
	A TODO COLOR TIRO Y RETIRO	525.00	16.00	8,400.00		8,400.00
00011	CARNET PERINATAL TAMAÑO CARTA - 8.5" X 11" OPALINA 250 A DOS COLORES - AMARILLO Y NEGRO TIRO Y RETIRO	200.00	20.00	4,000.00		4,000.00

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO
No. DE ORDEN DE COMPRA EXENTA:
No. CONST. REGISTRO EXONERADO:
No. REGISTRO SAG:

ORIGINAL

Descuento y Rebajas	0.00
Subtotal	34,535.00
Total Exento	0.00
Total Exonerado	0.00
Total Gravado 15%	34,535.00
Total Gravado 18%	0.00
ISV 15%	5,180.25
ISV 18%	0.00
Total	**39,715.25**

Total en Letras: TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS QUINCE LEMPIRAS CON VEINTICINCO CENTAVOS.

CAI: 3EA8FC-E36428-62498A-37D203-7968B9-70
Rango Autorizado: 000-002-01-00000101 a 00000150
Fecha limite de emision: 06/09/2024
ORIGINAL: CLIENTE COPIA: EMISOR

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

Honduras, C.A.

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Emisión: 18/03/2024
Hora : 12:36 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9270
L.: 1,499.99

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7483
Fecha de Emision: 18/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7546
Paguese a: ASOCIACION DE SERVICIOS DE INTERNET ASI NETWORK S DE RL Id/RTN: 16189012479757
La Cantidad en Letras: UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS

Descripcion:

Pago por servicio de internet de las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud correspondiente al mes de Marzo del año 2024

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 25700 14-012-01	Servicio de Internet	1,499.99

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	1,499.99
	Monto Total:	1,499.99

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	1,499.99
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	1,499.99

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde(sa)

Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por: Keilyn Ramirez
Identidad No.: 1613-1990-00011 R.T.N. 16189012479757

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jIkHC/ie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

FACTURA
#000-001-01-00 881137

Numero de Cliente: **3067**

TE CONECTA CON TODO

Asociación de Servicios de Internet S de R.L

Bo. El Centro, Pinalejo, Plaza Jerezano, Local II,
Quimistan Santa Barbara
RTN: 16189012479757

RTN Cliente: 16139011360075

Modelo Descentralizado de Salud
Barrio el centro contiguo a mavaqui

Tel: 25440601
Celular: 31750476
E-mail: infofacturacion@asinetworkhn.com
web: www.asi.hn

Fecha Limite de Emision: 2024-09-28

CAI: E7F2F6-5BB4D3-D242B0-64B074-4EFB34-00
Rango Autorizado: 000-001-01-00-799001/ 000-001-01-00-939000

Emisión: 2024-03-01 00:00:00
Vencimiento: 2024-03-06 00:00:00
Fecha de Corte: 2024-03-01 00:00:00

DATOS ADQUIRIENTE EXONERADO

N. ORDEN COMPRA EXENTA	N. CONSTANCIA REGISTRO EXONERADO	N. REGISTRO SAG

Concepto	Medida	Uds.	%I.S.V.	Precio sin I.S.V.	I.S.V.	SubTotal
50 MEGA RESIDENCIAL FO PROMO + 2 R.FireStick L.1499.99 Periodo 3/2024	1	1.0000	15%	1,304.34	195.65	1,499.99

SUBTOTAL L.	DESCUENTOS Y REBAJAS L.	IMPUESTO 15% L.	IMPUESTO 18% L.	IMPORTE GRAVADO 15%	IMPORTE GRAVADO 18%	IMPORTE EXENTO ISV	IMPORTE EXONERADO L.	TOTAL L.
1,304.34	0.00	195.65	0	1,304.34	0	0	0	1,499.99

TOTAL FACTURA, I.S.V. Incluido **1,499.99**

0

Usemos solo códigos de cliente
Factura de crédito
ORIGINAL: CLIENTE
COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR
TODO CHEQUE DEBE SER EMITIDO A NOMBRE DE "ASI NETWORK"
IMPORTANTE: ASI es un servicio de Internet "PRE-PAGO", para estar al día realiza tu pago del 1 al 5 de cada mes y puedes pagar a través de: www.asi.hn presiona Click en "PAGOS Y FACTURA"

VALOR EN LETRAS UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE LEMPIRAS CON 99 CENTAVOS

TE CONECTA CON TODO
R.T.N. 16189012479757
TEL: 2544-0601 / 3175-0476

ASi NETWORK
Tu Proveedor Confiable de Internet

Sucursal Santa Barbara, Honduras, C.A.
Bo. El Centro, Plaza Jerezano.
Telefono: (504) 3312-0328,3312-6065
Telefono: (504) 2544-0144, 2544-0305
Correo: info@asinetworkhn.com

Oficina San Pedro Sula, Honduras, C.A
Carretera Armenta entre la UTH - ALTIA
Col. Los Alamos Casa #11B.
Telefono: (504) 2544-0601 ,3175-0476

R.T.N. 16189012479757

Lps. 1,499.99

Recibo N# 202388142

MARTES 19 ,DE 03 DE 2024

RECIBIMOS DE: Modelo Descentralizado de Salud (3067)

LA CANTIDAD DE: UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE LEMPIRAS CON 99 CENTAVOS

POR CONTEPTO DE: Pago del servicio de internet correspondiente al mes de : Marzo de 2024

PAGADO	1,499.99	SALDO ANT.	1499.99
BANCO	Banpais	ABONO	1,499.99
# CHEQUE	00007546	SALDO ACT.	0.00

CANCELADO
R.T.N. 161[illegible]901217
[illegible]/ 0[illegible]

RECIBIDO POR
Kaylin Ramirez

COPIA

Documento Fiscal Valido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16189012479757
Nombre o Razón Social:	ASOCIACION DE SERVICIOS DE INTERNET S. DE R.L.
Nombre Comercial:	ASI NETWORK
Teléfono:	25440601 31750476
Email:	infofacturacion@asinetworkhn.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO EL CENTRO, CALLE PRINCIPAL, CASA NO.: II, MUNICIPIO: QUIMISTAN, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION EL CENTRO, PRINCIPAL, No. II, MUNICIPIO: QUIMISTAN, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00881137
Fecha de Autorización:	28/09/2023
Modalidad:	SFC Independiente Fijo
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	28/09/2024
CAI:	E7F2F6-5BB4D3-D242B0-64B074-4EFB34-00
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00799001
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00939000

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007546

18 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

ASOCIACION DE SERVICIOS DE INTERNET ASI NETWORK S DE RL 1,499.99 L
Páguese a la orden de

UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100 1150⑆000 1090000 2503⑈00007546

CONCEPTO DEL PAGO o por servicio de internet de las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud correspondiente al mes de M

PAGO DE Pago por servicio de internet de las oficinas del Modelo Descentralizado de Salud correspondiente al mes de Marzo del año 2024 1,499.99

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

CHEQUE No. 00007546 **BALANCE** 1,499.99

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BARBARA
ALCALDESA MUNICIPAL

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

IETM
89012
1-8420/ 39

DIRECTOR AUTORIZADO RECIBI CONFORME

Keilyn Ramirez
1613-1996-0001

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 16189012479757

ASOCIACION DE SERVICIOS DE INTERNET ASI NETWORK S DE RL

Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☑	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Fecha de Emisión: 20120509

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto Nº 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto Nº 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto Nº 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003. Art. 8 Decreto de Ley Nº 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta Nº 20880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.

Director Ejecutivo

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el articulo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras.

Número de Documento DEI-412- 1039479 Transacción: 59817B

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Honduras, C.A.

Emisión: 18/03/2024
Hora : 12:37 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9272
L.: 24,700.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7485
Fecha de Emision: 18/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7547
Paguese a: HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA Id/RTN: 16181987011217
La Cantidad en Letras: VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Mantenimiento preventivo y correctivo realizado a vehiculo asignado a Salud: NISSAN FRONTIER COLOR GRIS placa N° HAE9279 (Cambio de aceite, cambio de filtro depurador, filtro de aire acondicionado, bujes amortiguador, hules de estabilidad, bujes abajo, peine, aceite hidraulico, mano de obra mecanico y cambio de Bateria BOSH 575.065 Serie # 1033364 con garantia de 2 ~~meses~~) Años

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 23200 14-012-01	Mantenimiento y Reparación de Equipos y Medios de Transporte	24,700.00

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	24,700.00
	Monto Total:	24,700.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	24,700.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	24,700.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesoreria

Recibido por: Henrry Miguel Alvarado
Identidad No.: 16181987011217

0s+js/j9JmexcG081jfMlvylTtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjtE3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAlOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

municipalidaddemacuelizo@yahoo.com
Telefono-9833-3030

REPORTE DE VEHICULO

Reporte N° _____ **Fecha y Hora:** 21/2/24

Encargado: German Lopez **Cargo:** motorista

Tipo de Vehículo: Carro

Marca de Vehículo: Nissan

Número de Placa: HAE9279 **Kilometraje:** 142,940

Parte averiada: Revicion de la direccion
Revisar bomba hidraulica
Cambio de aceite motor

Sugerencias para su arreglo: Revisar lo anterior
mencionado

Nombre y Firma de quien reporta: German Lopez

Firma y Sello de quien Recibe:

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO DESCENTRALIZADO ADMINISTRACIÓN

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

AUTORIZACION

Fecha: 22/Febrero/2024

Tipo de Equipo: Vehiculo

Marca del Equipo: Nissan Frontier

Número de Inventario o placa: HAE9279

Si es Vehículo agregar Kilometraje: 142,940 km

Departamento asignado: Motorista

Tipo de reparación o Mantenimiento Solicitado:

- Cambio de Aceite de motor
- Revisión de la Direccion
- Revisar Bomba hidráulica de estar en mal estado hacer el cambio.

Nombre del Responsable del Equipo: German Ramón Lopez con N° DNI **1613-1962-00701**

Firma del Responsable del Equipo: _____

Taller donde se llevó a cabo la reparación: Taller Miguelito

Nombre del Propietario / Mecánico: Henrry Miguel Alvarado

Firma y Sello del Proveedor: _____

TALLER SERVICIOS MIGUELITO Azacualpa, S.B.

Firma y Sello de Autorización: _____

Licda. Edenia Romero
Administradora GDSS

AUTOSERVICIOS MIGUELITO

COLONIA BELLA VISTA # 2, AZACUALPA, SANTA BARBARA

SERVICIO DE MECANICA GENERAL, VENTA DE REPUESTOS, CAR WASH Y MAS

RTN. 16181987011217

TEL: 98124483 CORRREO: ING_ALVARADO87@HOTMAIL.COM

COTIZACIÓN

Cliente: Municipalidad Macuelizo.

Dirección: Macuelizo, S.B. Fecha: 23-02-2024

CANT.	DESCRIPCION	P. UNITARIO	TOTAL
1	Cambio aceite NP300.		2,400.00.
1	Filtro Depurador.		350.00
1	Filtro A/C.		250.00.
2	bujes Amortiguador.		900.00
4	bujes tijera Abajo.		2,600.00
1	Peine Hidraulico.		10,500.00
2	Hules estabilidad.		300.00
1/4	Aceite Hidraulico.		200.00
1	Mano obra mecánico.		3,000.00

SUB-TOTAL	
15% ISV	
TOTAL	20,500.00

AUTOSERVICIOS MIGUELITO Azacualpa, S.B.

Henry Miguel Alvarado Pineda

Gerente Propietario

AUTOSERVICIOS MIGUELITO

Mecánica, Cambio de Aceite, Lavado, Repuestos y Mas

De: Henrry Miguel Alvarado Pineda

R.T.N. 16181987011217 Tel. 2658-7122 // 9815-3439

E-mail: autoserviciosmiguelito_azacualpa@hotmail.com

Colonia Bella Vista, Contiguo a Pulpería Bella Vista, Azacualpa, Santa Bárbara, Honduras, C. A.

Contado ☑ Credito ☐

CAI: D08A9A-AEC84C-64498F-D5E73A-6CD139-08

No FACTURA

000-001-01-00 Nº 031406

Cliente: Municipalidad Macuelizo

Dirección: Macuelizo S.B

R.T.N. 16139011360075 DIA 23 MES 02 AÑO 24

Datos del Adquiriente Exonerado

Número de Orden de Compra Exenta: _____ Número Constancia de Registro de Exonerados: _____ Número Registro de la SAG: _____

CANT.	DESCRIPCIÓN	P/UNITARIO	V. GRAVADO
1	Cambio aceite		2,400.00
1	filtro depurador		350.00
1	filtro aire condicionado		250.00
2	Bujes amortiguador		900.00
2	Hules estabilidad		300.00
4	Bujes abajo		2,600.00
1	Peine		10,500.00
1/4	Aceite hidraulico		200.00
1	Mano obra mecanico		3,000.00

RANGO AUTORIZADO

DE 000-001-01-00030401

A 000-001-01-00032900

FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 06/11/2024

FECHA RECEPCIÓN: 06/11/2023

ORIGINAL: CLIENTE

COPIA : OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

IMPRENTA SIGRA SISTEMAS GRAFICOS, L.E.C

TEL. 2661-2349 // 9992-6949 //

2661-3949, R.T.N. 04011974008267

CERTIFICADO N° 9231-22-10500-111

TOTAL VENTA GRAVADA 15% L.	15,217.40	
TOTAL VENTA GRAVADA 18% L.		
TOTAL VENTA EXENTA L.	3,000.00	
TOTAL VENTA EXONERADA L.		
DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADAS L.		
SUB-TOTAL L.	15,217.40	
IMPUESTO S/VENTA 15% L.	2,282.60	
IMPUESTO S/VENTA 18% L.		
TOTAL FACTURA L.	20,500.00	

SON: Veintemil Quinientos netos.

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16181987011217
Nombre o Razón Social:	HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA
Nombre Comercial:	AUTOSERVICIOS MIGUELITO
Profesión u Oficio:	TECNICO, COMERCIO
Teléfono:	26587122 98153439
Email:	autoserviciosmiguelito_azacualpa@hotmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:COLONIA BELLA VISTA, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: NA, MUNICIPIO: AZACUALPA, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: COLONIA BELLA VISTA, PRINCIPAL, No. NA, MUNICIPIO: AZACUALPA, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN:	04011974008267
Nombre Comercial:	CARVAJAL PESQUERA LILIAN YAMILETH

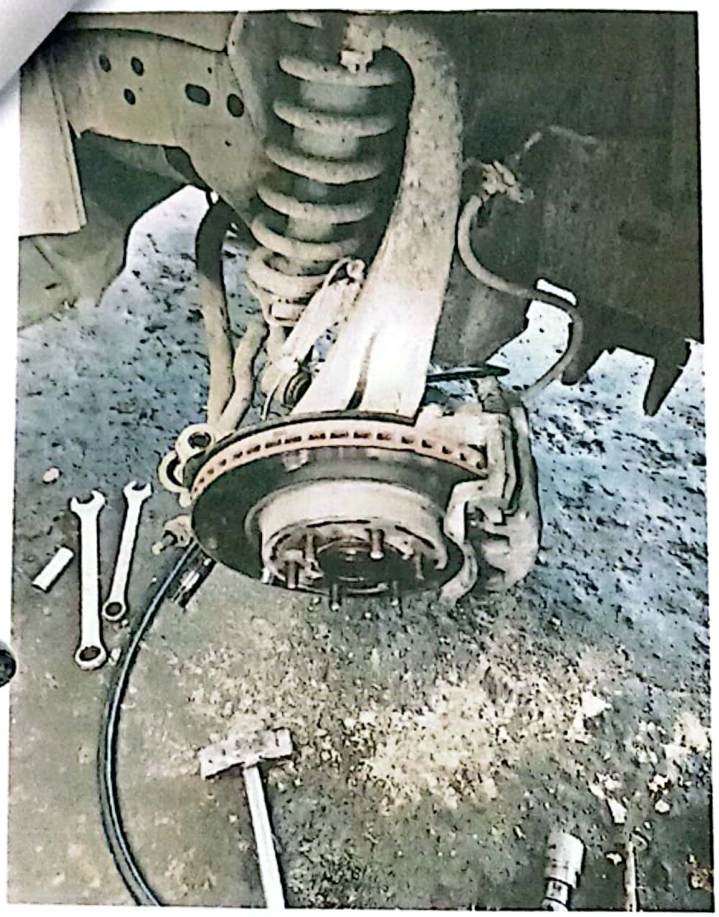
GENERALES

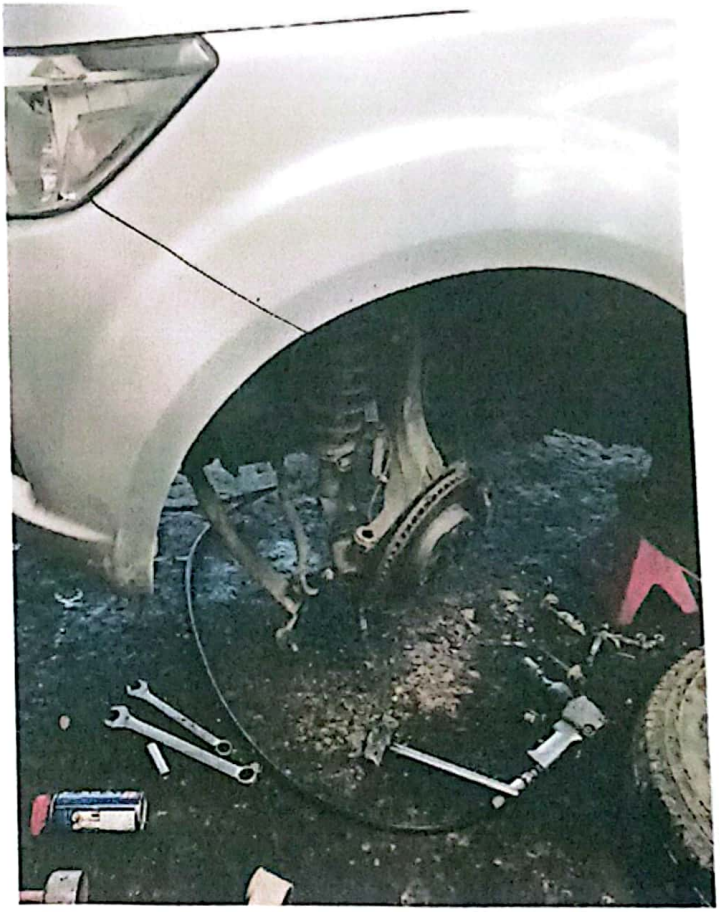
Número del Documento:	000-001-01-00031406
Fecha de Autorización:	06/11/2023
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	06/11/2024
CAI:	D08A9A-AEC84C-64498F-D5E73A-6CD139-08
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00030401
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00032900

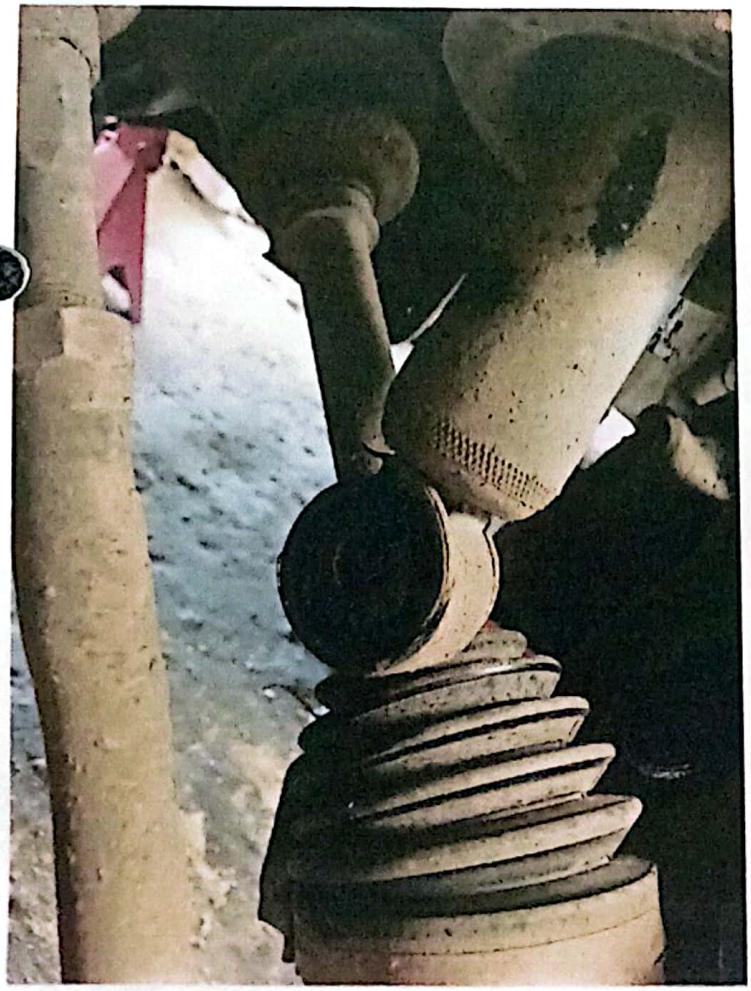
TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

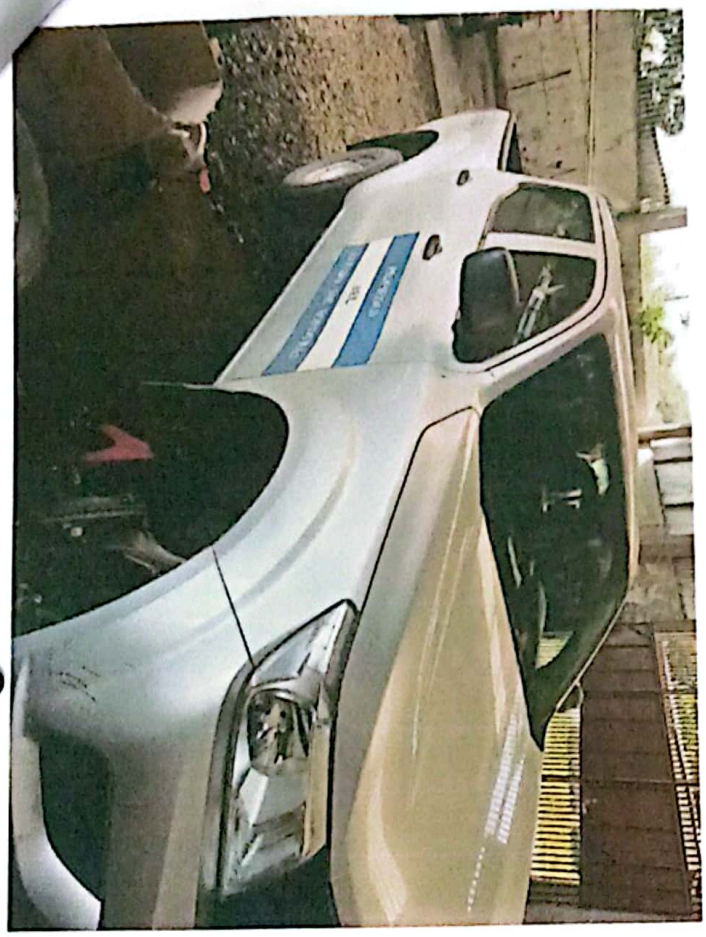
Reporte la irregularidad de este documento

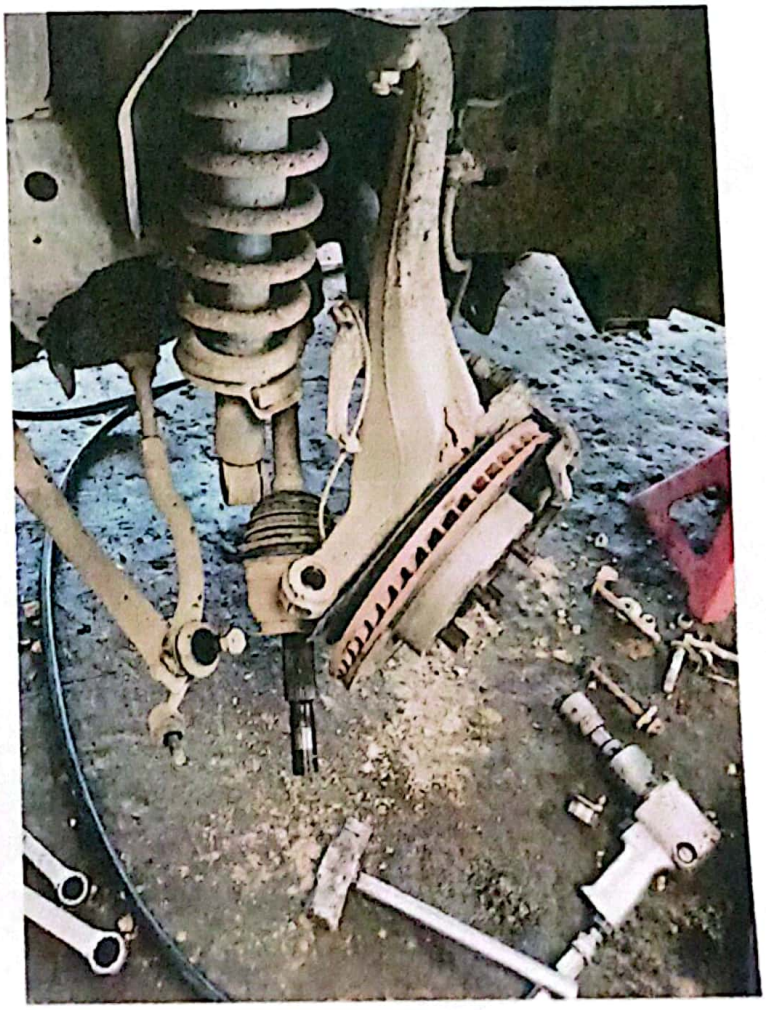
Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

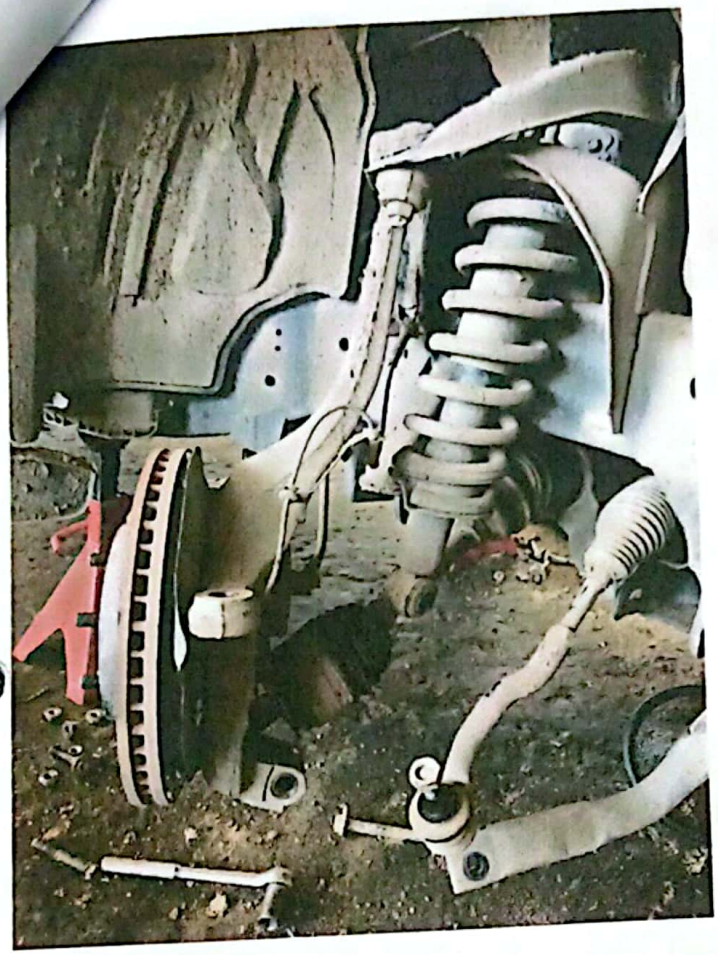


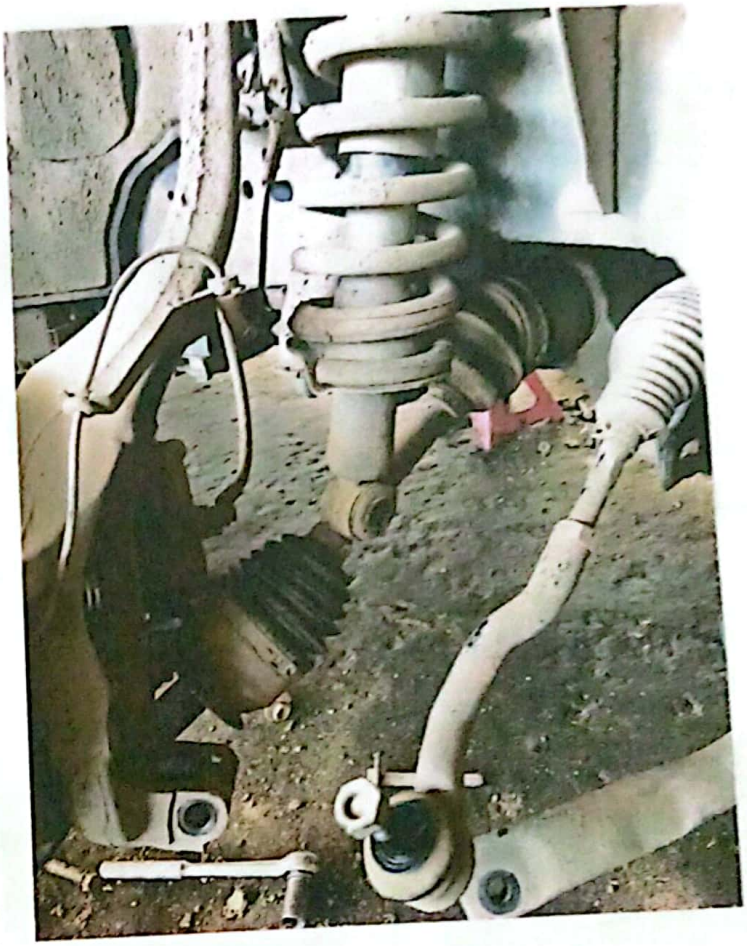


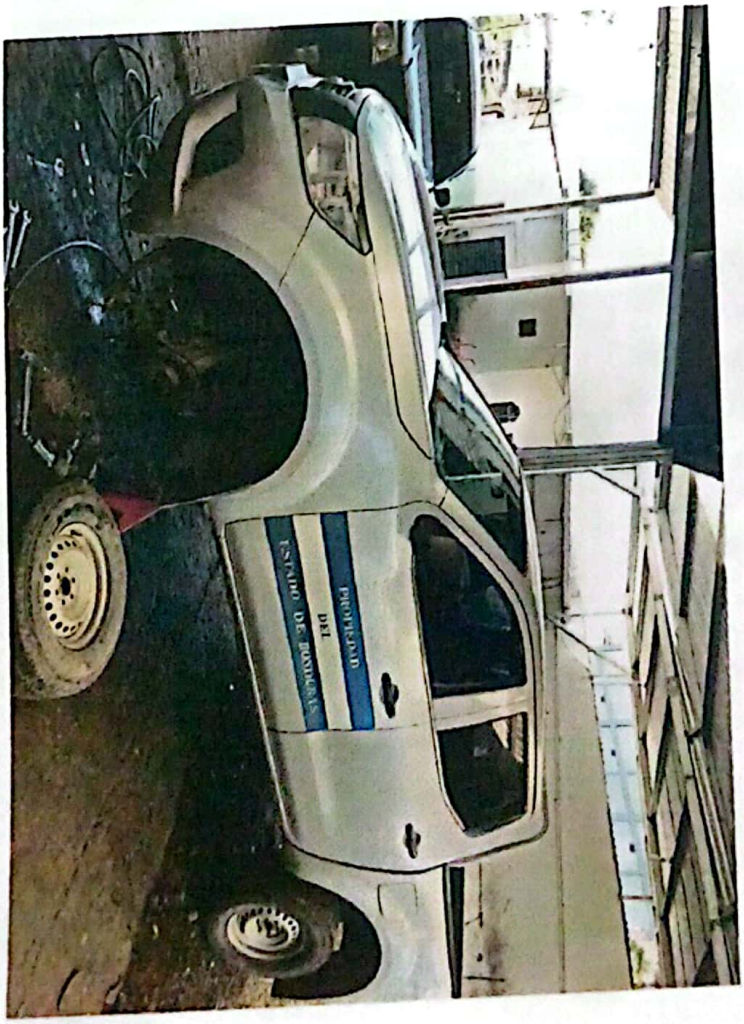












Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

AUTORIZACION

Fecha: 12/Marzo/2024

Tipo de Equipo: Vehículo

Marca del Equipo: Nissan Frontier

Número de Inventario o placa: HAE9279

Si es Vehículo agregar Kilometraje: 144614 km

Departamento asignado: Motorista

Tipo de reparación o Mantenimiento Solicitado:

- Cambio de Batería

Nombre del Responsable del Equipo: German Ramón Lopez con N° DNI **1613-1962-00701**

Firma del Responsable del Equipo: _____

Taller donde se llevó a cabo la reparación: Taller Miguelito

Nombre del Propietario / Mecánico: Henrry Miguel Alvarado

Firma y Sello del Proveedor: Henry Alvarado

AUTOSERVICIOS MIGUELITO
Azacualpa, S.B.

Firma y Sello de Autorización: _____

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO S.B.
ADMINISTRACION

Licda. Edenia Romero
Administradora GDSS

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

municipalidaddemacuelizo@yahoo.com
Telefono-9833-3030

REPORTE DE VEHICULO

Reporte N° _____ **Fecha y Hora:** 6/3/24 8:42am

Encargado: German Lopez **Cargo:** motorista

Tipo de Vehículo: carro

Marca de Vehículo: Nissan

Número de Placa: HAE9279 **Kilometraje:** 144421

Parte averiada: Bateria

Sugerencias para su arreglo: Lo anterior mencionado arriba una bateria.

Nombre y Firma de quien reporta: German Lopez

Firma y Sello de quien Recibe:

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, S.B. ADMINISTRACIÓN

AUTOSERVICIOS MIGUELITO

Mecánica, Cambio de Aceite, Lavado, Repuestos y Mas

De: Henrry Miguel Alvarado Pineda

R.T.N. 16181987011217 Tel. 2658-7122 // 9815-3439

E-mail: autoserviciosmiguelito_azacualpa@hotmail.com

Colonia Bella Vista, Contiguo a Pulpería Bella Vista,
Azacualpa, Santa Bárbara, Honduras, C. A.

Contado ☑ **CAI:** D08A9A-AEC84C-64498F-D5E73A-6CD139-08

Credito ☐ **No FACTURA** **000-001-01-00** **Nº 031604**

Cliente: Municipalidad Macuelizo

Dirección: Macuelizo S.B

R.T.N. 16139011360075 DIA 12 MES 03 AÑO 24

Datos del Adquiriente Exonerado

Número de Orden de Compra Exenta: _____ Número Constancia de Registro de Exonerados: _____ Número Registro de la SAG: _____

CANT.	DESCRIPCIÓN	P/UNITARIO		V. GRAVADO	
1	Bateria Bosch			4,200	00

RANGO AUTORIZADO
DE 000-001-01-00030401
A 000-001-01-00032900
FECHA LIMITE DE EMISIÓN: 06/11/2024
FECHA RECEPCIÓN: 06/11/2023
ORIGINAL: CLIENTE
COPIA : OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

IMPRENTA SIGRA SISTEMAS GRAFICOS, L.E.C
TEL. 2661-2349 // 9992-6949 //
2661-3949, R.T.N. 04011974008267
CERTIFICADO N° 9231-22-10500-111

TOTAL VENTA GRAVADA 15% L.	3,652.	17
TOTAL VENTA GRAVADA 18% L.		
TOTAL VENTA EXENTA L.		
TOTAL VENTA EXONERADA L.		
DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADAS L.		
SUB-TOTAL L.	3,652.	17
IMPUESTO S/VENTA 15% L.	547.	83
IMPUESTO S/VENTA 18% L.		
TOTAL FACTURA L.	4,200.	00

SON: Cuatromil doscientos netos

TRIBUTAR ES PROGRESAR

Reporte la irregularidad de este documento

2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16181987011217
Nombre o Razón Social:	HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA
Nombre Comercial:	AUTOSERVICIOS MIGUELITO
Profesión u Oficio:	TECNICO, COMERCIO
Teléfono:	26587122 98153439
Email:	autoserviciosmiguelito_azacualpa@hotmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:COLONIA BELLA VISTA, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: NA, MUNICIPIO: AZACUALPA, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: COLONIA BELLA VISTA, PRINCIPAL, No. NA, MUNICIPIO: AZACUALPA, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN:	04011974008267
Nombre Comercial:	CARVAJAL PESQUERA LILIAN YAMILETH

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00031604
Fecha de Autorización:	06/11/2023
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	06/11/2024
CAI:	D08A9A-AEC84C-64498F-D5E73A-6CD139-08
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00030401
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00032900

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

REASA BOSCH Nº 00001127

CERTIFICADO DE GARANTÍA - BATERÍAS BOSCH

Fecha Límite de Venta: 2 Años garantia

Completar la siguiente información con letra legible y consignar el número de batería en la factura de compra.

Nombre del Cliente: Municipalidad Macuelizo
Código de Batería: 575.065
 # Serial de Batería: 1033364
Fecha de compra: 12/03/2024
Lugar de compra: A.S Miguelito
 # de Factura: —0—
Uso de Batería: ☑ Particular ☐ Comercial ☐ Estacionario

Marca de Vehículo: Nissan
Modelo de Vehículo: NP300
Año de Vehículo: 2020
Placa de Vehículo: —0—
Tipo de Combustible: Diesel
Km. a la fecha: —0—

	FECHA			ESTADO DE CARGA		ESTADO DE CABLES		ESTADO DE BORNES		ESTADO DE MARCO		KILOMETRAJE	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA REVISIÓN	OBSERVACIONES
	DÍA	MES	AÑO	B	M	B	M	B	M	B	M			
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														

LAS REVISIONES DEBEN SER CADA 4 MESES Y LA PÉRDIDA DE UNA DE ELLAS DARÁ COMO LUGAR LA PÉRDIDA TOTAL DE LA GARANTÍA

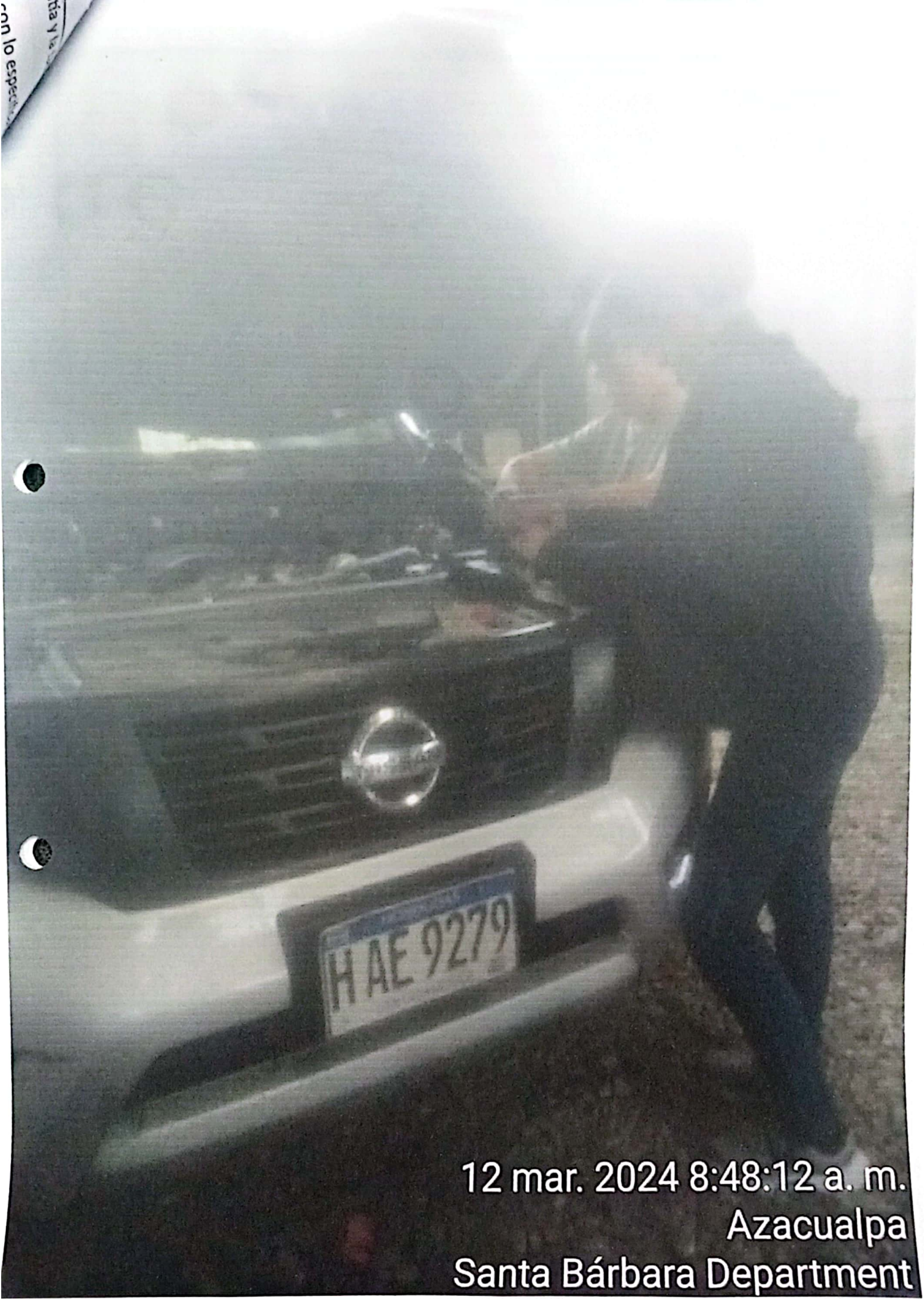
¿Cómo presentar un Reclamo?

1. Presentarse con el vehículo y la batería instalada a un Centro autorizado por Reasa para hacer el reclamo de garantía.
2. Presentar la siguiente documentación: Factura original de compra, Certificado de Garantía e Identificación Personal.
3. Es indispensable que el número serial de la batería que aparece en este certificado sea el mismo que el de la batería en físico.

Firma del Cliente

AUTOSERVICIOS MIGUELITO S.A. Azacualpa

Firma y Sello del Vendedor



RNP

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE / *FORENAME*

HENRRY MIGUEL

APELLIDO / *SURNAME*

ALVARADO PINEDA

FECHA DE NACIMIENTO / *DATE OF BIRTH*

24-11-1987

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / *ID NUMBER*

1618 1987 01121

NACIONALIDAD / *NATIONALITY*

HND

FECHA DE EXPIRACIÓN / *DATE OF EXPIRY*

24-11-2031

LUGAR DE NACIMIENTO / *PLACE OF BIRTH*

HONDURAS

RNP

3400000001898511

DOMICILIO / *ADDRESS*

AZACUALPA
SANTA BARBARA

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0018747001<<<<<<<<<<<<<<<
8711245M3111242HND<<<<<<<<<<<6
ALVARADO<PINEDA<<HENRRY<MIGUEL

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT

Cuenta N.º: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007547

18 de marzo de 2024 MACUELIZO

Lugar y Fecha

HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA 24,700.00

Páguese a la orden de L

VEINTICUATRO MIL SETECIENTOS CON CERO CENTAVOS Lempiras

Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100150⑆0001090000250 3⑈00007547

CONCEPTO DEL PAGO ntenimiento preventivo y correctivo realizado a vehiculo asignado a Salud: NISSAN FRONTIER COLOR GRIS pla N°HAE9279 (Cambio de aceite, cambio de filtro depurador, filtro de aire acondicionado, bujes amortiguador, hules de estabili l. abajo, peine, aceite hidraulico, mano de obra mecanico y cambio de Bateria BOSH 575.065 Serie # 1033364 con garantia de 2 mes

PAGO DE Mantenimiento preventivo y correctivo realizado a vehiculo asignado a Salud: NISSAN FRONTIER COLOR GRIS Placa N°HAE9279 (Cambio de aceite, cambio de filtro depurador, filtro de aire acondicionado, bujes amortiguador, hules de estabilidad, bujes abajo, peine, aceite hidraulico, mano de obra mecanico y cambio de Bateria BOSH 575.065 Serie # 1033364 con garantia de 2 meses) 24,700.00

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

CHEQUE No. 00007547 BALANCE

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

Henry Miguel Alvarado

AUTORIZADO POR RECIBI CONFORME

1618198701121

2802508 M-0913

Escaneado con CamScanner

República de Honduras
Servicio de Administración de Rentas
Registro Tributario Nacional

Fecha de Emision 30/10/2018

RTN: 16181987011217

HENRRY MIGUEL ALVARADO PINEDA
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	☑	Productores Importadores de Cigarrillos	☐
Importador	☐	Productor Alcoholes Licores	☐
Exportador	☐	Distribuidor Alcoholes Licores	☐
Imprentas	☐	Importador Alcoholes Licores	☐
Prestamista	☐		

Base Legal: Art. 1 del Decreto N° 102 de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 255 de 2002 , Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 8 Decreto de Ley N° 14 de 1973 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 de 1973, Art 30, 39 y 56 Decreto N° 17-2010, Art. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55 numeral 2), 58 numeral 1), 60 numeral 1), 66, 68 numeral 3 y 4, 154 del Código Tributario

Ministra Directora

SAR

Señor Obligado Tributario recuerde su obligación de comunicar al SAR cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme al artículo 63 numeral 10 y 11 del Código Tributario.

"Tributar es ProgreSAR"

Número de Documento SAR-412- 30457C4 Transacción: CC55FE

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

SAMI

Honduras, C.A.

Emisión: 18/03/2024
Hora : 12:37 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9273
L.: 23,172.50

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7486
Fecha de Emision: 18/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7549
Paguese a: HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN
Id/RTN: 16019002439731
La Cantidad en Letras: VEINTITRES MIL CIENTO SETENTA Y DOS CON CINCUENTA CENTAVOS

Descripcion:

Pago por Alimentación (155 Almuerzos) por Sesion de Cabildo abierto Rendicion de Cuentas del Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo,correspondiente al año 2023, en cumplimiento a compromisos establecidos en el Convenio de Gestion del año 2024.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 31110 14-012-01	Productos Alimenticios y Bebídas	23,172.50

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	23,172.50
	Monto Total:	23,172.50

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	23,172.50
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	23,172.50

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:

Identidad No.:

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jIkHCAie2sMBQLOGrcjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAIOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

SULA INN

HOTEL & RESTAURANTE

COTIZACION

21/02/2024

Proveedor	HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN
Direccion	SULA, MACUELIZO S.B.
RTN	16019002439731
Cliente	Alcaldia de Macuelizo
RTN	16139011360075...

Detalle			
Cantidad	Descripcion	Costo Unitario	Costo Total
155	Almuerzos :	130.00	L 20,150.00
	Menu: pollo Horneado		
	arroz a la jardinera		
	ensalada de lechuga		
	tortilla y bebidas		
	Subtotal		L 20,150.00
	4% turismo		
	15%isv		L 3,022.50
	Total		L 23,172.50

NOTA: Precio tentativo, sujeto a cambio

Nombre Lilian Sanchez

Firma y sello

Telefono 9731-3034 O 9683-9063

Cel.+5049731-3034
Cel. +5049765-0423

sulainn1982@gmail.com

CA-4, Kilometro 72, Sula,
Macuelizo, Santa Barbara.

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA: Sabado 24 de Febrero Año 2024

EVENTO: Sesión de cabildo Abierto Rendición de cuentas Modelo decentralizado de Salud Año 2023

LUGAR: Salon Municipal

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
1	Maria Juana Santamaria		/		Los Varos	Presidenta	Salud	1613-1976-00758	9845-1409	
2	Iris Amanda Enamorado				Cunta	Asistente Tesorera	Municipalidad	1613-1987 00587		
3	Iris Gillian Reyes M.		/		Macuelizo	Digitadora	ECOR	0501-198706782		
4	Kathryn Guardado		/	28	Chiquita	Jefe UMAP	Muni	0501-1998-00791	96750222	
5	Carlos Rosales			42	El Ciruelo	Pte. Patronato	municipal	0501 1971 05252	9906-09-26	
6	Juan José Gutierrez				Chiquita	Motorista	Municipalidad	1617-1988-00531	9484-0760	
7	Nimrod F. Hernandez	/			Sula	Tesorero M.	Municipalidad	0501199608207	9541-2285	
8	Scarlette Pineda		/		La Flecha	UDEL	Municipalidad	0501-1981-07070	9748-4065	
9	Beatriz Enoro		/		La Flecha	Tributación	Municipalidad	1613 1987 01021	98850465	
10	Karol Vanessa Martinez		/		Macuelizo	Secretaria	Municipalidad	1613-1983-01132	9969-6290	

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

Salud

FECHA: Sabado 24 de febrero Año 2024

EVENTO: Sesión de Cabildo Abierto Rendición de cuentas Modelo descentralizado de Salud Año 2023

LUGAR: Salon Municipal

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
11	Julio cesar Ramos	/			la virtud	Presidente	Junta Agua	1613-1971 00011	9974-7654	Julio Ramos
12	Misael Hernandez	/			la ceibita	Presidente	Patronato	1613-1973-00185	9372-6279	Misael
13	Roberto Cabarrete	/			chiquila	Presidente	Patronato	1318-1976-00038	9579-2458	R.Y.P
14	Alejandrina Peraza		/		El Porvenir	vice Presidente	Junta agua	1613-1970-00566	9471-6350	
15	Oscar Armando Lopez	/			El ciruelo	Regidor	Regidor Municipalidad	1604-1969-00206	9735-9176	Oscar A. López
16	Marlon Paz	/			Caso Armado	Coordinador	Salud	1311-1987-00192	9839-9688	
17	Rosa Alvarado		/		la ceibita	Vocal 1	comite de salud	1613-1981-00416	9887-3216	Rosa Alvarado
18	Delmy Suyapa Benitez		/		El Porvenir		Sociedad civil	0413-198800395	9238-5938	Delmi Suyapa Benitez
19	Maria Antonia Orellana		/		Mata de Platano	Presidente	comité de salud	1613-2008-00705	9821-4442	antonia orellana
20	Humberto Guzman	/			Buena Vista	Regidor	Municipalidad	1613-1966-00926	9503-8004	H.G

Salud

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA: Sabado 24 de febrero Año 2024

EVENTO: Sesión de Cabildo Abierto Rendición de cuentas Modelo decentralizado de Salud Año 2023

LUGAR: Salon Municipal

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
21	Alejandro Perdomo	x			Mata de Plátano	Presidente	Patronato	1613-1967-00309	9886-6765	Alejandro Perdomo
22	Emma Leticia Chinchilla M.		x		San Antonio Chiquito	Presidenta	Patronato.	1613-1988-01423	8786-6143	Emma Leticia Chinchilla
23	Fernanda Maldonado	x			Macuelizo.	Representante	Casm	1604-1999-00303	9999-8396	
24	Maiteny Mantolla.		x		La flecha	Regidora	Municipalidad	0703-1977-01958.	9432-2006.	
25	Kelvin Rivas	x			Ciruelo	Regidor	Municipalidad.	1613-1981-01076.	9776-6494.	
26	Alba Luz Ramirez		x		Rosario	Regidora	Municipalidad.	1613-1978-00459.	9872-8283	Alba Luz Ramirez
27	Merly Mejia Manzano		x		Virrey	Asist. Salud.	Salud ECOR.	1613-2001-00423	9867-1114.	
28	Dora Abigail Sanchez V.		x		San Antonio Cumbia	Presidente/Salud	Comite Salud	1613-1994-01267	98172800.	
29	Besy Carolina Barrera Ort.		x		Macuelizo	Personal Aseo	Clinica Comunitaria	1613-1981-00299.	94418086.	Besy Carolina Barrera
30	Lidia Perdomo Pablo		x		Buena Vista	Presid Comite	Salud	1613-1978-00100	93897650	Lidia Perdomo

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA: Sabado 24 de febrero Año 2024

EVENTO: Sesión de Cabildo Abierto Rendición de cuentas Modelo descentralizado de Salud Año 2023

LUGAR: Salon Municipal

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
31	Jose Fausto Sanchez	/			6 mayo	presidente	Patronato	1613-1986-00677	9673 2019	Fausto Sanchez
32	Zoe Daniela Maldonado		/				Representante CASH			
33	Ingris yadira Garcia		/		la playa	vice presidenta	comitad Salud	1613-2000-00096	9388-6526	ingris Garcia
34	Zamir Dagoberto Tabora	-			Macuelizo	Supervisor Municipal	ECOR	1613-1996-00363		
35	Maria Domingo Sanchez		/		Aldea playa zapotal	presidente	patronato	1613-1954-00697	9945-2582	
36	Carlos Alberto Garcia	/			Sula		Alcaldia			
37	Maria Evangelina Lopez		/		Ceibita		Sociedad civil	1613-1984-01764		
38	Emma Murillo Lopez		/		Ceibita		sociedad civil	1613-1987-00056		
39	Maria Olivia Hernandez		/		Ceibita		Sociedad civil	1613-1972 00263		olivia H.
40	Alberto Hernandez Reyes	/			Pozos verdes	Presidente	Junta de Agua	0402-1950-00049		Alberto Hernandez

Salud

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA: Sabado 24 de Febrero Año 2024

EVENTO: Sesion de Cabildo Abierto Rendición de cuentas Modelo decentralizado de Salud. Año 2023

LUGAR: Salon Municipal

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
41	Nicolas Carranza	/			Caibita		Sociedad Civil	1613-1952-00472	9256 1284	Nicolás Carranza
42	Jose Abel Martinez	/			Brisas de la Laguna	Presidente	Patronato	1613-1976-00305	9255-0675	Abel Martinez
43	Jose santos Trejo	/			Monte Largo	Presidente	patronato	1402-1976-00120	9461-4705	Jose santos Trejo
44	Zoila Trejo		/		Monte Largo	Presidente	salud	1402-1974-00028	9579-07-93	Zoila Trejo
45	Jose Oscar Caballero	/		46	Valle verde	Presidente	CCT	1613197800881	99940520	
46	candido Garcia		/		Porvenir	vice presidenta	Patronato	1613-1961-00028		candida de Jesus
47	Gaimon Barrera	/			Rosario	presidente	salud	1613-1969-00077		
48	Elza Maritza Brisuela		/		Voinillos	presidente	Salud	1613-1978-00263	9836-8647	
49	Melvin Espinoza	/			la flecha	presidente		1613-1978000045	99508623	
50	Carlos Rene Chinchillo	/			la Abundancia	Tesorero	Patronato	1613-1965-00279	9600-5401	

Salud

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA: Sabado 24 de febrero Año 2024

EVENTO: Sesion de Cabildo Abierto Rendición de Cuentas Modelo decentralizado de Salud. Año 2023

LUGAR: Salon Municipal

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
51	Marta Garcia		x		Porvenir		Sociedad Civil	1613-1984-01650	9867-1114	martagarcia
52	Oscar Antonio Murillo M	x			Buena Vista	Presidente Patronato	Patronato	0501-1962-03821	9884-3355	[illegible]
53	Maria de Jesus Santos		x		Ojos de Agua	Presidenta	Comite	1613-1974-00028	9937-9978	Maria de Jesus
54	Cesar Javier Garcia Rivera	x			Los Puentes	Presidente	Patronato	1413-1977-00133	9866-3167	[illegible]
55	Ana Edis Rodriguez		x		Piñuelas	Presidenta	Comite Salud	1613-1968-00138	3143-1844	Ana Rodriguez
56	Paula Santos Cruz Mejivar		x		Macuelizo	Ascuadora	Municipalidad	1613-1974-00095	9993-0690	Paula Santos
57	Adilia Trejo		x		Monte Largo	Vocal #2	Salud	1402-1969-00036	9650-9758	Adili Trejo
58	Francisco Santo Tobar	x			Los Alegres	Presidente	Patronato	1613-1975-00082	9562-06-59	Francisco Santo
59	Jose Ubaldo Lemus	X			Brisas, Agua B.	Presidente	Patronato	1613-1975-00345	9294-9991	JOSE UBALDO
60	Ana Leonela Escobar				Macuelizo	Municipalidad	Asis Secretario	1613-1998-01009	95182964	[illegible]

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA: Sábado 24 de febrero Año 2024.

EVENTO: Sesión de Cabildo Abierto, Rendición de cuentas Modelo Descentralizado de Salud 2023.

LUGAR: Salón Municipal.

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
61	Lucio Alfaro	X			Cunta.	Auxiliar	Sociedad Civil	1313-1969-00222		Lucio Alfaro
62	Mario Aníbal Gonzales Aldon	X			Chiquila		Sociedad Civil	0409-1480-00136.	9506-2135.	
63	Mariano Ramirez Hernandez	X			Positos.	Vice-Presid Patron	Patronato.	1401-1972-00010	9713-1631	
64	Edin Humberto Rivera H.	X			San Antonio M.	Presidente	Patronato	1613-1989-01425.	9255-0620.	
65	Blanca Ester Quintanilla Linares		X		Laguna Seca.	Vice-Presidenta	Patronato.	0409-1987-00501	9551-6454.	
66	Carmen Teresa Vargas Mercado		X		Gracias a Dios:	Presidenta	Patronato	1613-1987-00550	9479-7452.	Carmen Tereza.
67	Emma Isabel Noriega Mejía		X		Posas Verde	Presidenta	Comite de Salud	1613-1968-00860	9407-3646	Emma noriega
68	Absalon Pineda Encarnacion	X			San Antonio Chiq	Presidente	Comite Salud.	1616-1960-00145.	9629-6484	
69	Digna Marina Lopez		X	44	Porvenir	Presidenta	Patronato	1613-1979-01106.	9608-6316.	Digna Marina
70	Brenda Yamileth Fuentes		X	33	Porvenir	Fiscal	Junta de Agua	1613-1984-01976	9489-5747.	Brenda Fuentes

Salud
Gobierno de la República

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA: Sábado 24 de febrero Año 2024.

EVENTO: Sesión de Cabildo Abierto, Rendición de Cuentas Modelo descentralizado de Salud 2023.

LUGAR: Salón Municipal.

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
71	Ricardo Perez Escobar		✓		La Vagona	Voca #1	Salud	0421-1948-00091	92731208	Ricardo Pe
72	Irma Vasquez Alvarado		✓		Combre Palmichal	Presidenta	Salud	1613-1973-01111	99235818	IRMA vasquez
73	Elias Paz Ramirez		✓		Cumbre Palmichal	Vice Presidente	Patronato	1613-1980-00517	98108067	ELIAS PAS
74	Maria Elena Mejia Romao				Agua Elada	Presidenta	Patronato	1613-1985-01434	93540622	Maria Elena M
75	Carlos Trejo	✓			Zapotalito	Presidente	Salud	1402-1981-00217	98878634	Carlos Trejo
76	Yencio Barcesso		✓	26	Aldea Gracias a Dios	Presidenta	Salud	1620-1998-00438	95-22-3506	Yenci Rivera
77	Rene vasquez	✓			Agua Helada	Tesorero	Salud	1613-1961-00079	9774-6371	René Vasquez
78	Rolando lopez	✓			las Melitas	Presidente	Patronato	1620-1966-00264	9759-7655	Rolando Lopez
79	Juan carlos lopez	✓			la virtud	Presidente	Patronato	1613-1994-01440	9787-7438	Juan carlos Lopez
80	Isidoro Alvarado	✓			El virrey	Presidente	Patronato	0410-1960-00213	9897-4545	

Salud

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA: Sábado 24 de febrero Año 2024.

EVENTO: Sesión de Cabildo Abierto, Rendición de Cuentas Modelo Descentralizado de Salud 2023

LUGAR: Salón Municipal.

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
81	Maria Dolores chacon P.		/		El Rosario	Patronato	Loca #2	0413-1977-00142	9611-9999	Maria D. chacón
82	Fredy Rivero Lara	/			Los delicios	Presidente	Patronato	1613-1966-00313	9666-3564	[illegible]
83	Mario Dinora lara R.		/		Los delicios	Secretaria	Salud	1323-1987-00258	9675-3196	[illegible]
84	Maria Aracely Garcia		/		Guanacaste	Presidento	Salud	1613-1975-00292	9866-5243	Maria Aracelis G
85	Maria Audelia Portillo		/		Los Positos	Vocal #2	Salud	1401-1980-00927	94605262	M. A. P.
86	Jose Arquimedes Trejo T.	-			Zapotalito	Presidente	Patronato	1613-2000-00092	9921-7473	Jose Trejo
87	Filiberto Garcia Sandoval	-			Guanacaste	Voca #1	Patronato	1613-1971-00438	95592466	[illegible]
88	Santos Lara Peña				La Vegona	Presidente	Salud	1613-1955-00612	93723478	[illegible]
89	Concepción Quintanilla		/		La Concordia	Presidento	Patronato	1613-1958-00097	95441279	[illegible]
90	Absalon Martinez Perez		/		Brisas de la Logrono	Vice Presidente	Salud	1305-1984-00558	99654042	[illegible]

Salud

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA: Sábado 24 de Febrero-2024.

EVENTO: Sesión de Cabildo Abierto, Rendición de cuentas Modelo Descentralizado de Salud 2023.

LUGAR: Salón Municipal.

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
91	Laura Ondina Hernandez		/	52	San Antonio Cumbre	Secretario Patronato	Patronato	1613-1971-00582		Laura H
92	Jose Felix Melgar	/		66	San Antonio M.	Presidente	Comite de Salud	1613-1958-00173	99-36-96-67	[illegible]
93	Maria Isabel Vasquez		/	40	San Jose cacao	Vice-Presidente	Patronato	1613-1980-00348	98-18-13-90	mariaisabel
94	Babas Saúl Rivera Tobias	/		50	pital	presidente	comite de Salud	1613-1978-00657	97-00-78 99	Sabas Saúl R.
95	Patrocinia yolanda vazquez		/	40	Masicales	vocal	patronato	1407-1983-00090	31-87-85-62	[illegible]
96	Wendy Vasquez		/	30	Masicalez	presidente	salud	1613-1993-00248	89-378697	Wendy Vasquez
97	Pablo Caballero	/			Caibito Macuelizo	Vice presidente	Salud	0422-1966-00091		
98	Elida Isabel Caballero		/	35	Cunta	Fiscal	Patronato	1604-1988 00587	9482-5792	Isabel Caballero
99	Fani yaquelin Caballero		/	22	Cunta	vocal	Patronato	1604-2002-00240	9247-5658	Fani Caballero
100	Dilma Elizabeth Trejo		/	35	Mata de platano	vocal 1	Comite de salud	1402-1988-00344	9939-7478	Dilma trejo

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

Salud

FECHA: Sabado 24 de febrero Año 2024

EVENTO: Sesión de cabildo Abierto Rendicion de cuentas Modelo decentralizado de Salud Año 2023

LUGAR: Salon Municipal

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
101	Jose Edin Gonzales	✓			ojos de agua	Presidente	Patronato	1613-1996-00587	9621-9386	Edin Gonzales
102	Maria Marcela Aceituno		✓		Vainillas	vice Presidente	comite de salud	0402-1979-00262	9835-5610	
103	Carla Yoseli Garza		✓		Sula	Regidor	Municipalidad	1613-1990-00691	9483-8853	
104	Carlos Humberto Marquez	✓			Monte largo	Vice Presidente	Patronato	1613-1970-00127	9625-2923	Carlos Marquez
105	Norma M Serrano.		✓		6 de mayo.	Presidenta.	Salud.	1613 1996 00244.	96119837	
106	Marta Alicia Lopez Santos		✓		Los Alegrios	Presidenta	Salud	1613-1979-00387	9717-0979	marta López
107	Yensi Lisseth Rodriguez		✓		El Pital	Presidenta	Patronato	1613-2001-00536	8795 8255	Yensi Rodriguez
108	Cristino Sanchez	✓			Lagrno Ceca	Presidente	Salud	1402-1958-00221	9452-3317	cristino sanchez
109	Luis Miranda	✓			Casa Quemada	Promotor	Salud	0501-1988-11864	9850-070.	
110	Norma Iveth Castro				El ciruelo	Fiscal	Comite Salud	1613-1977-01000	98346521	

Salud

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA: Sabado 24 de febrero Año 2024

EVENTO: Sesión de Cabildo Abierto Rendición de cuentas Modelo decentralizado de Salud Año 2023

LUGAR: Salon Municipal

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
111	Lesly Miguel		/	30	Macuelizo	J. Planificación	Municipalidad.	1613-1994 00240	—	
112	Andres Alvarez	/			—		/	1612-1957-00660		
113	Ana Vanessa Ortiz Díaz		/	21	Macuelizo	OMM	Municipalidad	1613-2001-00352	—	
114	Karen Yamileth Arzapa		/		Macuelizo	Compras y	Municipalidad			
115	Gabriela Peña Noriega		/	32	Macuelizo	Asuntos V.	Municipalidad	0413-1991-00380		
116	Estela Karina Noriega			49	Macuelizo	Asst. Tesorería	Municipalidad	0401 1974 00829	97900101	
117	Jose Rufino Gonzales	/			Macuelizo	Motorista	Municipalidad	1613-1973-00794		
118	Jose Ramirez	/		/	Macuelizo	Asist. S.P.	Municipalidad	1613-1986--01364	/	
119	Marco Tulio Mercado	/			La Flecha	Vice Alcalde	Municipalidad	1621-1974-00004	95566838	
120	Eric Alexander Tercero	/		33	Macuelizo	Coordinador	GDSS Macuelizo	1613 1990 00838	88061495	

Salud

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA:

EVENTO:

LUGAR:

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
121	Saul Ramos	/			Macuelizo		Sociedad civil	1613-1976-01051	9569-7844	Saul Ramos
122	Oscar Mauricio Lopez	/			Macuelizo		Sociedad civil	1613-1981-01384		Oscar Lopez
123	Edwin Orlando Suazo	/			Macuelizo		Sociedad civil	0501-1989-11556		
124	Josue David Ramirez	/			Macuelizo	UDM	Municipalidad	1613-1989-00276		
125	Maria Adelfa Lopez		/		Macuelizo		Sociedad civil	0401-1946-00279		Maria Lopez
126	Alejandro Aguilar Navarrete	/			Macuelizo		Sociedad civil	1314-1953-00023		Alejandro Navarrete
127	Jose Francisco Espinoza	/			Sula		Sociedad Civil	0501-1949-05072		Jose espinoza
128	Edwin Dodonin Santos	✓			Sula		Sociedad Civil	1613-1988-00067	9490-4940	
129	Nelson Cartagena	/			Macuelizo		Sociedad civil	1613-1975-04125		Nelson cartagena
130	Geimon Lopez	/			Macuelizo	Motorista	ECO			

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA:

EVENTO:

LUGAR:

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
131	Henrry Joel Lopez	/			El porvenir	Fiscal		1613-1987-01062		Henrry
132	Juana Casaca		/		Macuelizo					
133	Edenia Romero		/		Macuelizo	Administradora	GDSS	0410 1992 00730	96689382	
134	Eva A. Garcia	/		33	Macuelizo	Coordinador	GDSS- Macuelizo	1613 1990 00838	98061495	
135	Eileen Lopez Dubón		/	30	Macuelizo	Ascadoro		1613-1994-00277	93540362	Eileen Lopez
136	Ulises Sambrano	/		66				01-0512-201702274	89-22-73-17	
137	Jenifer Karina Castillo		/	39				1618-1984-00048	96040842	
138	Mirian Ordina Pineda.		/	36				1613-1987 01014	97-62-37-33	
139	Irma Leticia Hernandez		/	59	Macuelizo			0401-1957-00764	96877876	
140	Maria Alejandrina M.		/		Macuelizo			1404-1969-00059	9779 2683	

Salud

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

FECHA:

EVENTO:

LUGAR:

N	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	HOMBRE	MUJER	edad	COMUNIDAD	CARGO	ORGANIZACIÓN/ INSTITUCION	IDENTIDAD	TELEFONO	FIRMA
141	Ariel Avila	/			Macuelizo		Sociedad civil		9335-7254	Ariel Avila
142	Francisco Zamora	/			Macuelizo		Sociedad civil			Francisco Zamora
143	Kensy Monge		/		Sula		Sociedad civil	0501-5997-11398	9786-2702	Kensy Monge
144	RIESI Molesco		/		Macuelizo		Sociedad civil	1626-1991-00365	32-85-35-15	Riesi Molesco
145	Jaritn Navarrete		/		Macuelizo	ECOOR	Estudiantes	1314-1993-00155	31-44-45-64	
146	Maria Teresa Navarrete m.				Macuelizo		Soc. civil	1807-1973-00492	9657-49-57	
147	Freddy Ramón Cordero	/			Macuelizo	TSA.	Sesal	16131973 00530	99376857	
148	Moises Reyes	/			Macuelizo		Sociedad civil		9991-8216	Moises Reyes

HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, S. de R. L.

FRENTE CARRETERA INTERNACIONAL. KM. 72 # 21, ALDEA SULA, MACUELIZO
SANTA BARBARA, TEL: 2664-1157, TELEFAX: (504) 2664-1158 / 2657-4157 / 2657-4158
CONTIGUO A LA COOPERATIVA OCOTEPEQUE.
www.hotelsulainnhn.com * hotelsulainn@yahoo.com.mx

R. T. N. 16019002439731

FACTURA 000-001-01-00 Nº 109933

Fecha: 11 de Marzo del 2024

Cliente: Alcaldia de Macuelizo

R. T. N. 16139011360075

Dirección:

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNIT.	TOTAL	
155	Almuerzos,	130	20,150	00
	bebida			

CONTADO ☐ **CRÉDITO** ☑

La Factura es Beneficio de Todos, "Exijala"

CAI: 5ECBF5-4BBB81-F2499D-0D94E0-4FE035-42

Fecha de Recepción: 05/12/2023

Fecha Límite de Emisión: 05/12/2024

Rango Autorizado:

000-001-01-00107601
000-001-01-00110100

ORIGINAL: CLIENTE
DUPLICADO AZUL: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

SUB-TOTAL L.		
Importe Exonerado L.		
Importe Exento L.		
DESCUENTOS Y REBAJAS OTORGADOS L.		
Importe Gravado 15 % L.	20,150	00
Importe Gravado 18 % L.	—	
I. S. V. 15 % L.	3022	50
I. S. V. 18 % L.	—	
TOTAL A PAGAR L.	23172	50

Son: Veinti tres mil ciento setenta y dos 50/100 —

IMPRENTA SIGRA SISTEMAS GRAFICOS, L.E.C, TEL. 2661-2349 // 9992-6949 // 2661-3949, R.T.N. 04011974008267, CERTIFICADO Nº 9231-22-10500-111

DATOS DEL ADQUIRIENTE EXONERADO

N°. CORRELATIVO DE ORDEN DE COMPRA EXENTA | N°. CONSTANCIA DE REGISTRO DE EXONERADO | N°. DE REGISTRO DE LA SAG.

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16019002439731
Nombre o Razón Social:	HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
Nombre Comercial:	HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
Teléfono:	26574157 96247320
Email:	hotelsulainn@yahoo.com.mx
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:ALDEA SULA, CALLE: OCCIDENTE, CASA NO.: S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: ALDEA SULA, OCCIDENTE, No. S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN:	04011974008267
Nombre Comercial:	CARVAJAL PESQUERA LILIAN YAMILETH

GENERALES

Número del Documento:	000-001-01-00109933
Fecha de Autorización:	05/12/2023
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	05/12/2024
CAI:	5ECBF5-4BBB81-F2499D-0D94E0-4FE035-42
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00107601
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00110100

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-12204

La DIRECCIÓN REGIONAL NOR OCCIDENTE en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN, SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA**

Con Registro Tributario Nacional: **16019002439731**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-12204 en fecha 25/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418691331 de fecha 25/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202401, según Declaración 35746928515, presentada el 27/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

HELIN MERARY AVILA MENDOZA
DIRECTORA REGIONAL NOROCCIDENTAL

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-12204** o mediante el siguiente código QR:

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.°: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007549

18 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

HOTEL Y RESTAURANTE SULA INN 23,172.50 L
Páguese a la orden de

VEINTITRES MIL CIENTO SETENTA Y DOS CON CINCUENTA CENTAVOS Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆01001150⑆0001090000250 3⑈00007549

CONCEPTO DEL PAGO Pago por Alimentación (155 Almuerzos) por Sesion de Cabildo abierto Rendicion de Cuentas del Modelo Descentraliz Salud de Macuelizo,correspondiente al año 2023, en cumplimiento a compromisos establecidos en el Convenio de Gestion de año

PAGO DE Pago por Alimentación (155 Almuerzos) por Sesion de Cabildo abierto Rendicion de Cuentas del Modelo Descentralizado de Salud de Macuelizo,correspondiente al año 2023, en cumplimiento a compromisos establecidos en el Convenio de Gestion del año 2024. 23,172.50

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO SANTA BÁRBARA

CHEQUE No. 00007549 **BALANCE**

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BÁRBARA

Legalizado por | AUTORIZADO | RECIBI CONFORME

2802508 M-0913 33

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA
municipalidaddemacuelizo@yahoo.com
Telefono-9833-3030

CERTIFICACIÓN

La Infrascrita Secretaria municipal de este término Certifica: que en el libro original de actas municipales N°47 que Se custodia en este archivo, correspondiente al año 2023-2024 en los folios del 342 al 349 Se encuentra inscrita el acta No. 06-2024 de veinte y cuatro de febrero del año 2024. De sesión de cabildo abierto, celebrada por la Honorable Corporación Municipal del Municipio de Macuelizo departamento de Santa Bárbara, donde se desarrollaron los puntos Siguientes: 1°) … 2°) … 3°) … 4°) … 5°) … 6°) …7°) …8°) …9°) …9.1- **La Honorable Corporación Municipal por unanimidad de sus miembros y la Sociedad Civil aprueban la Rendición de Cuentas del Modelo Descentralizado de Salud año 2023.** - 10°) No habiendo más que tratar se dio por cerrada la sesión firmando para constancia, Vicealcalde Tec. Mec. Marco Tulio Mercado Flores con la asistencia de los Regidores; 2°) Lic. Kelvin Yobany Rivas Enamorado 3°) Bach. Carla Yoseli Garza Mejía 4°) Enf. Alba Luz Ramírez Pineda 5°) Sr. Oscar Armando López Romero 7°) P.M. Juana Marleny Montoya López 8°) Sr. José Luis Humberto Guzmán Fernández. -Sellos (Vicealcalde y Secretaria Municipal).

ES CONFORME CON SU ORIGINAL

Extendida en el Municipio de Macuelizo, departamento de Santa Bárbara, dos del mes de marzo del año dos mil veinte y cuatro.

SECRETARIA MUNICIPAL

P.M. Karol Vanessa Martínez
Secretaria Municipal

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

Honduras, C.A.

SAMI

Emisión: 21/03/2024
Hora : 04:04 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9325
L.: 12,000.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7518
Fecha de Emision: 21/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7602
Paguese a: LUIS FERNANDO RIVERA GARCIA Id/RTN: 16181976004940
La Cantidad en Letras: DOCE MIL CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Compra de 4 llantas numero 245-75-R16 marca ROADCRUZA para vehículo Nissan Frontier color gris con Placa N° HAE9279 del Modelo Descentralizado de Salud.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 000 001 000 34400 14-012-01	Llantas y Cámaras de Aire	12,000.00

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	12,000.00
	Monto Total:	12,000.00

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	12,000.00
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	12,000.00

Firma y Sello de Presupuestario

Firma y Sello de Alcalde (Sa)

Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:
Identidad No.:

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2sMBQLOGrqjYG30XH/m+8ScvmjOnR51tAlOWdIeqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

Salud
Gobierno de la República

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

municipalidaddemacuelizo@yahoo.com
Telefono-9833-3030

REPORTE DE VEHICULO

Reporte N° _____ **Fecha y Hora:** 4:12pm 18/3/24

Encargado: German Lopez **Cargo:** Motorista

Tipo de Vehículo: Carro

Marca de Vehículo: Nissan

Número de Placa: HAE9279 **Kilometraje:** 145144

Parte averiada: cambio de llantas

Sugerencias para su arreglo: cambio de llantas.

Nombre y Firma de quien reporta: German Lopez

Firma y Sello de quien Recibe:

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO S.B.
ADMINISTRACIÓN

LLANTERA EL PRIMO

Servicio, experiencia y calidad para su vehiculo

LLANTERA EL PRIMO
PROP: LUIS FERNANDO RIVERA GARCIA
R.T.N: 16181976004949 TEL: 99197755
BARRIO BALDERAS CALLE PRINCIPAL, LA FLECHA, MACUELIZO, S.B HONDURAS
EMAIL: llanteraelprimo76@gmail.com

COTIZACION

LA FLECHA, MACUELIZO, S.B	18 DE 03 2024				
CLIENTE	municipalidad de macuelizo				
RTN					
DIRECCION	macuelizo S.B				
CANTIDAD	DESCRIPCION	P. UNITARIO		TOTAL	
4	llantas 245.75-16	3000.		12000	-
	marca Road cruza				
	10 Lonas				
	IMPORTE EXENTO				
	IMPORTE GRAVADO 15%				
	IMPORTE GRAVADO 18%				
	15% IMP.S/VTAS				
	18% IMP.S/VTAS				
	TOTAL A PAGAR:			12000	-

SON: Doce mil exactos

LLANTERA EL PRIMO
VENTA Y REPARACION DE
LLANTAS NUEVAS Y USADAS
CEL. 9919-7755
LA FLECHA, MACUELIZO, S.B.

FIRMA Y SELLO

SECRETARIA DE SALUD
ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO SANTA BARBARA
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
ORDEN DE COMPRA 22-2024

lunes 18 de marzo de 2024

NOMBRE DEL PROVEEDOR	SIRVASE ENTREGAR EL PEDIDO CONSIGNADO A:
LLANTERA EL PRIMO	**ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD**

Item	Partida N°	Descripcion	Presentacion	Cantidad	P/Unitario	Precio Total
1	1	Llantas 245-75-16 MARCA Road Cruza de 10 Lonas	Unidad	4	L 3,000.00	L 12,000.00
					Sub-Total	L 12,000.00
					Impuesto	L -
					Total	L 12,000.00

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR GESTOR
ADMINISTRACION	COORDINACION	ALCALDESA
Licda. Edenia Romero	Lic. Ever Garcia	Licda. Suyapa Jacqueline Trejo

RECIBIDA LA O.C POR PROVEEDOR
Firma y Sello

CERTIFICAMOS QUE LOS ARTICULOS ARRIBA DESCRITOS SERAN MANEJADOS DE LA FORMA MAS CONVENIENTE PARA LA INSTITUCION

LLANTERA EL PRIMO

PROP. LUIS FERNANDO RIVERA GARCIA
R. T. N. 16181976004949 - TEL. 99197755
Barrio Balderas calle principal, La Flecha,
Macuelizo, Santa Barbara, Honduras, C. A.
Email: llanteraelprimo76@gmail.com

CAI: 16C282-520C4D-A146B0-7A465E-8CD0DD-A9

Macuelizo, La Flecha, S. B. 21 de 03 de 20 24

Cliente: Municipalidad de Macuelizo.

R.T.N. 1613 9011 360075

Dirección: Macuelizo Santa Barbara.

CANT.	DESCRIPCION	P. UNT.	DESC. / REBAJAS OTORGADOS	TOTAL
4	llantas 245-75 R16	3000		12,000.00
	marca Roadcruza de			
	10 lonas			

FACTURA ( ) CONTADO
000-001-01-00 ( ) CREDITO

Nº 014363

IMPORTE EXONERADO L.	
IMPORTE EXENTO L.	
IMPORTE GRAVADO 15% L.	10,434.78
IMPORTE GRAVADO 18% L.	
15% IMP. S. / VTAS L.	1,565.22
18% IMP. S. / VTAS L.	
TOTAL A PAGAR L.	12,000.00

CONSTANCIA DE REG. EXONERADO
ORDEN DE COMPRA EXENTA
NUMERO DE REGISTRO S. A. G.

Original: Cliente Copia: Emisor *LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS, EXIJALA*

Impr. Sta. Barbara - R. T. N. 05011965013770 - CERT. No. 9231-22-10500-89 - Tel. 2643-1398
24Td. 000-001-01-00013,201 - 000-001-01-00014,400 - Fech. Recepción - 07/07/2023 - Limite. Emisión - 07/07/2024

Son: Doce mil. exactos

Lempiras

Documento Fiscal Valido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	16181976004949
Nombre o Razón Social:	LUIS FERNANDO RIVERA GARCIA
Nombre Comercial:	LLANTERA EL PRIMO
Profesión u Oficio:	OFICIOS NO ESPECIFICADOS
Teléfono:	99197755
Email:	llanteraelprimo76@gmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO BALDERAS LA FLECHA, CALLE: PRINCIPAL, CASA NO.: S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: BALDERAS LA FLECHA, PRINCIPAL, No. S/N, MUNICIPIO: MACUELIZO, DEPARTAMENTO: SANTA BARBARA

IMPRENTA

RTN:	05011965013770
Nombre Comercial:	RIVERA ESCOBAR MARIA OBSEVIA

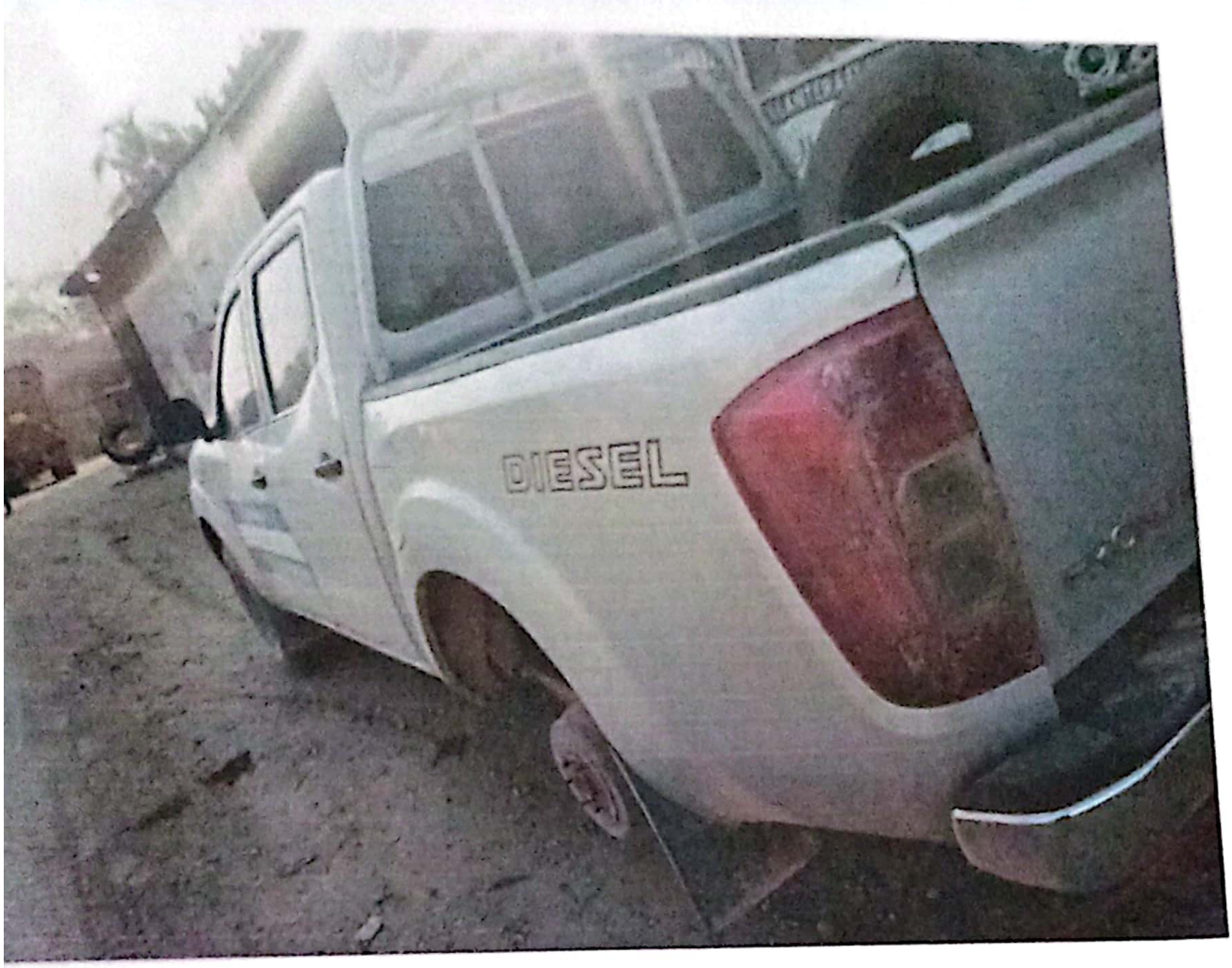
GENERALES

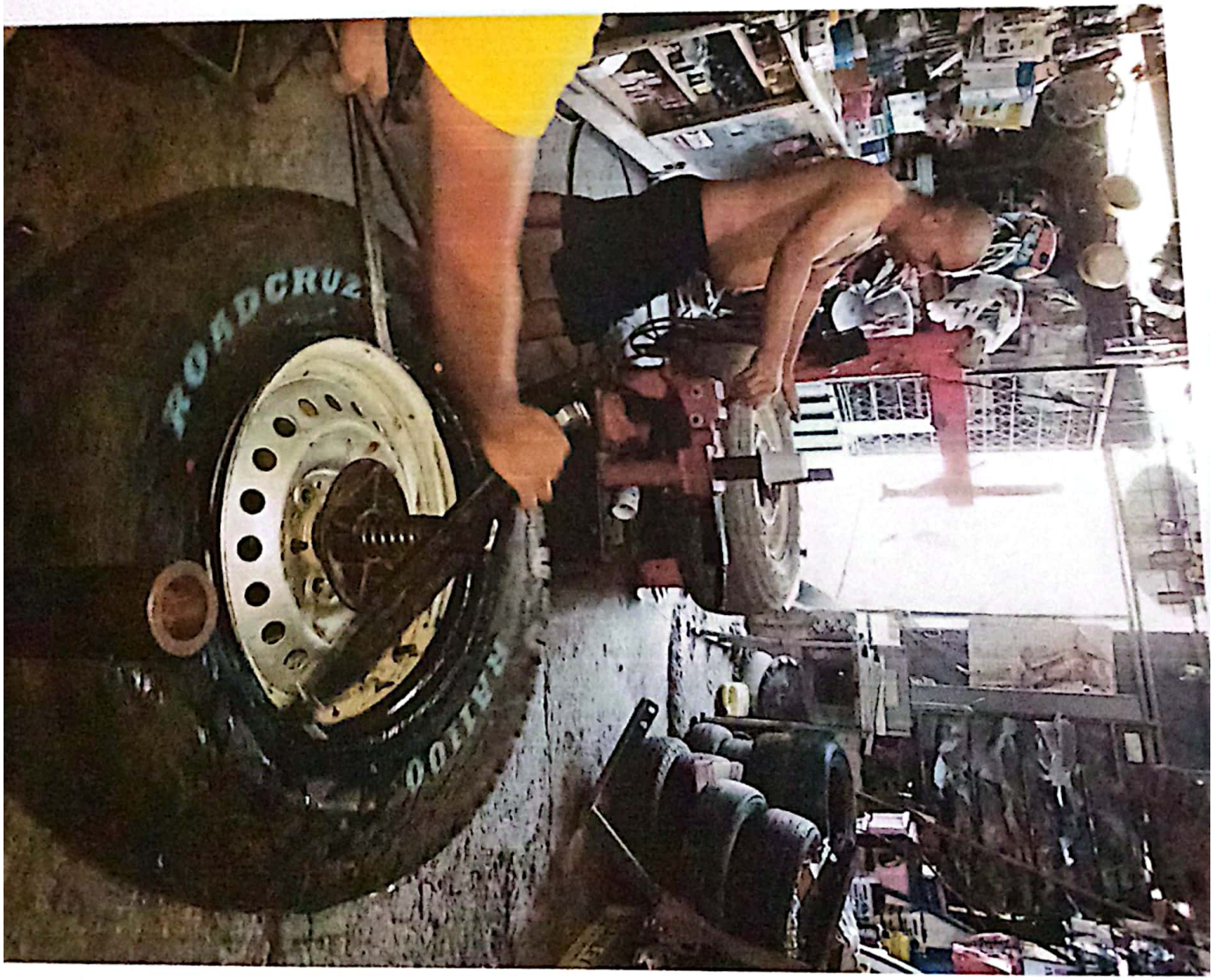
Número del Documento:	000-001-01-00014363
Fecha de Autorización:	07/07/2023
Modalidad:	Impresión por Imprenta
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	07/07/2024
CAI:	16C282-520C4D-A146B0-7A465E-8CD0DD-A9
Desde (Rango Autorizado):	000-001-01-00013201
Hasta (Rango Autorizado):	000-001-01-00014400

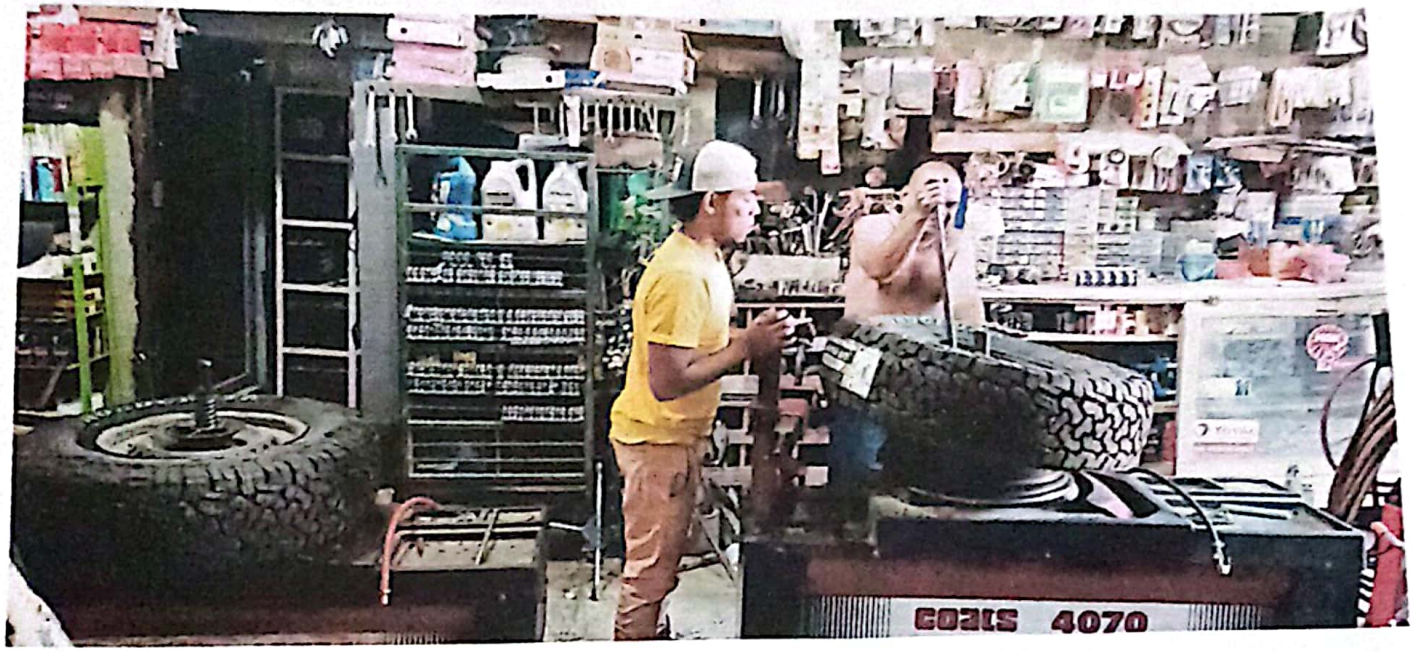
TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

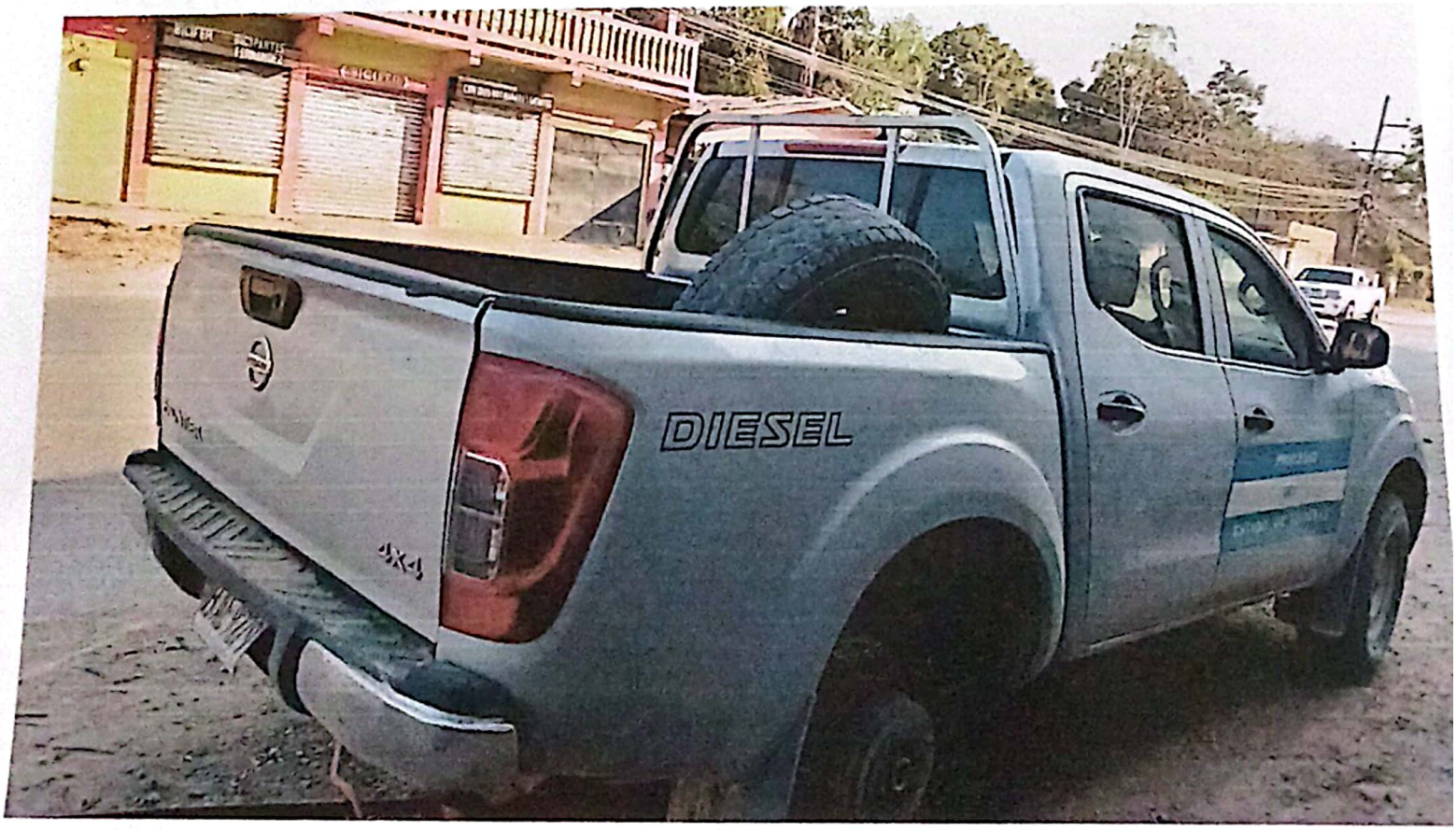
Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn









República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 16181976004949

Nombre o Razón Social: LUIS FERNANDO RIVERA GARCIA
Domicilio Fiscal: MIRAFLORES Calle:PRINCIPAL
Representante Legal :
Actividad Económica Principal: ACTIVIDAD PARA LOS NO OBLIGADOS

Inscripciones

Ventas-Selectivo		Imprentas	
Máquina Tragamoneda		Prestamista No Bancario	
Importador			

Fecha de Emisión:20071121 Fecha de Vencimiento:20101121

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto Nº 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto Nº 255 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto Nº 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 56 del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003. Art. 8 Decreto de Ley Nº 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta Nº 20880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973.

Director Ejecutivo

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento DEI-412- 185219 Transacción: E78605

RNP

REPÚBLICA DE HONDURAS
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE / *FORENAME*
LUIS FERNANDO

APELLIDO / *SURNAME*
RIVERA GARCIA

FECHA DE NACIMIENTO / *DATE OF BIRTH*
26-07-1976

NACIONALIDAD / *NATIONALITY*
HND

LUGAR DE NACIMIENTO / *PLACE OF BIRTH*
HONDURAS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / *ID NUMBER*
1618 1976 00494

FECHA DE EXPIRACIÓN / *DATE OF EXPIRY*
26-07-2031

RNP

3400000004729770

DOMICILIO / *ADDRESS*
MACUELIZO
SANTA BARBARA

COMISIONADOS PROPIETARIOS

I<HND0056961111<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
7607268M3107265HND<<<<<<<<<<<<<8
RIVERA<GARCIA<<LUIS<FERNANDO<<

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
GESTOR: ALCALDIA MUNICIPAL MACUELIZO S.B
RTN: 16139011360075

Salud
Gobierno de la República

ACTA DE ENTREGA

Mediante la presente se **HACE CONSTAR QUE:** La Administracion de la red de servicios de salud de la Municipalidad de Macuelizo SB, le hace entrega a **MOTORISTA** lo siguiente:

ITEM	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Costo unitario	Costo total
1	Llantas 245-75-16 MARCA Road Cruza de 10 Lonas	Unidad	4	3,000.00	L 12,000.00
				SUB TOTAL	L. 12,000.00
				15% ISV	L. -
				TOTAL	L. 12,000.00

Nota: Dichos insumos seran manejados bajo cardex en cumplimiento a Lineamientos SESAL

Esta prohibido el uso indebido o para otros fines que no están establecidos en los reglamentos y no responda a los intereses y necesidades del **Proyecto de Salud de Macuelizo, Santa Barbara.**

Macuelizo, Santa Barbara, fecha: 21/03/24

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO S.B ADMINISTRACIÓN

ENTREGADO POR
NOMBRE: Edenia B. Romero
CARGO: Administradora.

RECIBIDO POR
NOMBRE: German Lopez
CARGO: Motorista

ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.°: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007602

23 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

LUIS FERNANDO RIVERA GARCIA 12,000.00 L
Páguese a la orden de

DOCE MIL CON CERO CENTAVOS Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100115⑆0001090000250 3⑈00007602

CONCEPTO DEL PAGO mpra de 4 llantas numero 245-75-R16 marca ROADCRUZA para vehículo Nissan Frontier color gris con Placa N
del Modelo Descentralizado de Salud.

PAGO DE Compra de 4 llantas numero 245-75-R16 marca ROADCRUZA para 12,000.00
vehículo Nissan Frontier color gris con Placa N° del Modelo Descentralizado de Salud.

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER

CHEQUE No. 00007602 BALANCE

AUTORIZADO RECIBI CONFORME

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

2802508 M-0913 33

Sistema de Administración Municipal Integrado

SAMI

MACUELIZO, SANTA BARBARA
EJERCICIO: 2024

Orden de Pago

Moneda: Lempiras (L)

Honduras, C.A.

Emisión: 21/03/2024
Hora : 04:32 p.m.
USUARIO: EB.ROMERO

Orden de Pago No.: 9327
L.: 558,397.11

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE
Expediente No.: 7520
Fecha de Emision: 21/3/2024
No.Cheque/Nota de Debito: 7603
Paguese a: CANTERA CORTES RAMIREZ S DE R L Id/RTN: 08019013548799
La Cantidad en Letras: QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE CON ONCE CENTAVOS

Descripcion:

Anticipo del 20% según clausula Cuarta en base a contrato firmado, correspondiente al proyecto de Construcción de Ampliación del Establecimiento de Salud de Macuelizo según Adjudicación de Licitación Privada LPR-MUNIMAC-01-2024, con financiamiento de Fondos Nacionales Provenientes de la Secretaria de Salud (SUPERAVIT) y Contraparte de la Municipalidad de Macuelizo.

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 09 002 001 000 23400 14-012-01	Mejoramiento Centro de Salud, Barrio El Centro casco Urbano.	558,397.11

RETENCIONES

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
	Total de retenciones:	0.00

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS

CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
14-012-01	MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD	558,397.11
	Monto Total:	558,397.11

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO

SUBTOTAL	558,397.11
- RETENCIONES	0.00
TOTAL	558,397.11

Firma y Sello de Presupuestario Firma y Sello de Alcalde(sa) Firma y Sello de Tesorería

Recibido por:
Identidad No.: 0321199500267

0s+js/j9JmexcG081jfMlvyITtoXrFsHkyX6+/b6JOms0aLhx9QjHF3hccYu/+chBtr6jlkHCAie2SMBQLOGrcjYC3dX4/m+8ScvmjOnR51tAlOWdleqnazw44VVNctRcRKV
VfpFz7sQWjF7T8sV1KH6TzgJzUzFpoNAA0tGQ7Y=

CACORA
CANTERA CORTES RAMIREZ
RTN 08019013548799

21/03/2024 04:32:13 p.m.

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA
municipalidaddemacuelizo@yahoo.com
Telefono-9833-3030

CERTIFICACIÓN

La Infrascrita Secretaria municipal de este término Certifica: que en el libro original de actas municipales N°47 que Se custodia en este archivo, correspondiente al año 2023-2024 en los folios del 350 al 366 Se encuentra inscrita el acta No. 07-2024 de dos de marzo del año 2024. De sesión ordinaria, celebrada por la Honorable Corporación Municipal del Municipio de Macuelizo departamento de Santa Bárbara, donde se desarrollaron los puntos Siguientes: 1°) … 2°) … 3°) … 4°) … 5°) … 6°) …7°) …8°) …8.2- **La Honorable Corporación Municipal por unanimidad de sus miembros en vista de la recomendación de la Comisión Evaluadora del proceso de Licitación Privada LPR-MUNIMAC-01-2024 del proyecto de Construcción de Ampliación del Establecimiento de Salud de Macuelizo aprueban adjudicar al oferente CANTERA CORTES RAMIREZ S. de R.L. "CACORA" Representante Legal Juan Carlos Cortes Ramírez por un monto evaluado de Lps.2,791,985.53.** - 9°) No habiendo más que tratar se dio por cerrada la sesión firmando para constancia, Licenciada Suyapa Jacqueline Trejo Cordón, Alcaldesa Municipal, con la asistencia del Vicealcalde Tec. Mec. Marco Tulio Mercado Flores y de los Regidores: 2°) Lic. Kelvin Yobany Rivas Enamorado 3°) Bach. Carla Yoseli Garza Mejía 4°) Enf. Alba Luz Ramírez Pineda 5°) Sr. Oscar Armando López Romero 6°) Lic. Elmer Guadalupe Bardales Tejada 7°) P.M. Juana Marleny Montoya López 8°) Sr. José Luis Humberto Guzmán Fernández. -Sellos (Alcaldesa y Secretaria Municipal).

ES CONFORME CON SU ORIGINAL

Extendida en el Municipio de Macuelizo, departamento de Santa Bárbara, diez y seis del mes de marzo del año dos mil veinte y cuatro.

SECRETARIA MUNICIPAL

P.M. Karol Vanessa Martínez
Secretaria Municipal

RTN 08019995368674

Siguatepeque 20 de marzo del 2024

Garantía Bancaria Irrevocable Nº 2200005610

Por: Lps. 418,797.83

Banco Atlántida, S.A.
Garantía de Cumplimiento de Contrato No. 2200005610
Fecha de Emisión: 20 de marzo del 2024
Garantizado: Cantera Cortés Ramirez S. de R.L., (CACORA)
Dirección y Teléfono: Lajas, Taulabé, Comayagua Carretera Panamericana (CA-5), Km. 142/
Tel:504 3392-3733.

Garantía a favor de la Alcaldía Municipal de Macuelizo, Santa Bárbara, para garantizar que el Garantizado, cumplirá cada uno de los términos, clausulas, responsabilidades y obligaciones estipuladas en el contrato firmado al efecto entre el Garantizado y el Beneficiario, para la Ejecución del Proyecto: "Construcción de Ampliación del Establecimiento de Salud de Macuelizo", ubicado en el casco urbano de Macuelizo, Santa Barbara.

Suma Garantizada: L418,797.83 (Cuatrocientos Dieciocho Mil Setecientos Noventa y Siete Lempiras con 83/100)

Vigencia De: 19 de marzo del 2024 Hasta el 15 de enero del 2025

Beneficiario: Alcaldía Municipal de Macuelizo, Santa Bárbara.

Cláusula Especial Obligatoria: La presente garantía será ejecutada por el valor total de la misma, a simple requerimiento escrito de Beneficiario, acompañada de una resolución firme de incumplimiento, sin ningún otro requisito, pudiendo requerirse su ejecución en cualquier momento dentro del plazo de vigencia de la garantía.

La Garantía emitida a favor del Beneficiario es solidaria, incondicional, irrevocable y de realización automática y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.

En fe de lo cual, se emite la presente Garantía, en la ciudad de Siguatepeque al 20 día del mes de marzo del año 2024.

ÚLTIMA LÍNEA

1/1

OFA049

Firma Autorizada

Firma Autorizada SPAVEO.

Banco Atlántida
San Pedro Sula

Banco Atlántid

RTN 08019995368574

Siguatepeque

20 de marzo del 2024

Garantía Bancaria Irrevocable Nº 2200005609

Por: BANCO ATLÁNTIDA S.A. Lps. 558,397.11*

Banco Atlántida, S.A.
Garantía de por pago de Anticipo No. 2200005609
Fecha de Emisión: 20 de marzo del 2024
Garantizado: Cantera Cortés Ramirez S. de R.L., (CACORA)
Dirección y Teléfono: Lajas, Taulabé, Comayagua Carretera Panamericana (CA-5), Km. 142/
Tel:504 3392-3733.

Garantía a favor de la Alcaldía Municipal de Macuelizo, Santa Bárbara, para garantizar que el Garantizado invertirá el monto del Anticipo recibido del beneficiario, de conformidad con los términos del contrato firmado al efecto entre el Garantizado y el Beneficiario, para la Ejecución del Proyecto: "Construcción de Ampliación del Establecimiento de Salud de Macuelizo", ubicado en el casco urbano de Macuelizo, Santa Barbara.

Suma Garantizada: L558,397.11 (Quinientos Cincuenta y Ocho Mil Trescientos Noventa y Siete Lempiras con 11/100)

Vigencia De: 19 de marzo del 2024 Hasta el 15 de enero del 2025

Beneficiario: Alcaldía Municipal de Macuelizo, Santa Bárbara.

Cláusula Especial Obligatoria: "La presente garantía será ejecutada por el valor total de la misma, a simple requerimiento escrito de Beneficiario, acompañada de una resolución firme de incumplimiento, sin ningún otro requisito, pudiendo requerirse su ejecución en cualquier momento dentro del plazo de vigencia de la garantía.

La Garantía emitida a favor del Beneficiario es solidaria, incondicional, irrevocable y de realización automática y no deberán adicionarse cláusulas que anulen o limiten la cláusula obligatoria.

En fe de lo cual, se emite la presente Garantía, en la ciudad de Siguatepeque al 20 día del mes de marzo del año 2024.

ÚLTIMA LÍNEA

1/1

210005 REV 12-20 IMP 03-22

OFA049
Firma Autorizada

SPB038
Firma Autorizada

Banco Atlántida
San Pedro Sula

Banco Atlántida

SECRETARIA DE SALUD
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA

municipalidaddemacuelizo@yahoo.com

CONTRATO DE MANO DE OBRA: "CONSTRUCCION DE AMPLIACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MACUELIZO" CON FINANCIAMIENTO DE FONDOS NACIONALES PROVENIENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD (SUPERAVIT) Y CONTRAPARTE DE LA MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO.

Nosotros, **Licda. SUYAPA JACQUELINE TREJO CORDON** Alcaldesa de la Municipalidad de **MACUELIZO**, mayor de edad, hondureña, con tarjeta de identidad No. **No.0501-1969-05468** con domicilio y residencia en el Municipio de **MACUELIZO**, Departamento de **SANTA BARBARA** ,quien actúa en su condición de Alcaldesa Municipal según acuerdo No.74-2021 del Consejo Nacional Electoral, publicado en el Diario Oficial La Gaceta del 20 de Diciembre del 2021, estando por lo tanto facultado para ejercer la representación legal de La Municipalidad de **MACUELIZO** y para celebrar toda clase de actos y contratos, quien en adelante se denominará **LA MUNICIPALIDAD** por una parte, y por otra el **Ing JUAN CARLOS CORTES RAMIREZ,** mayor de edad, hondureño, casado, con tarjeta de identidad, **No. 0321-1995-00267, SOLVENCIA N° 746408, Constancia N°1574/2022 del Colegio de Ingenieros Civiles**, con domicilio en Taulabe, Comayagua, **representante legal de la Empresa CANTERA CORTES RAMÍREZ S. de R.L. "CACORA"** RNT: **08019013548799**; actuando en su condición Contratista Individual denominado de aquí en adelante **EL CONTRATISTA**; por este acto acuerdan celebrar como al efecto celebran el presente contrato bajo las cláusulas y condiciones siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES: Siempre que se empleen los vocablos que a continuación se señalan significan: **MUNICIPALIDAD:** Es el órgano de Gobierno y administración del Municipio; se rige por sus reglamentos, y por lo tanto es una institución de derecho público, con autonomía para ejercer los asuntos de su competencia, y que para efectos de este Convenio, asume la responsabilidad administrativa, técnica y legal, para la ejecución de los proyectos conforme a la delegación operacional total o parcial del ciclo de proyectos. **EL CONTRATISTA:** la persona natural o jurídica debidamente calificada y registrada en el Banco de Ejecutores de la Municipalidad, contratado para la prestación de servicios para construir una obra civil o proyecto específico. **EL SUPERVISOR:** es la persona natural o jurídica debidamente calificada y registrada, por la Municipalidad para ejercer la supervisión de la construcción de la obra de manera que es responsable de que la obra se ejecute de acuerdo a lo establecido en este contrato y términos de referencia, con la calidad y en el tiempo establecido.

EL PROYECTO: es la obra física cuya ejecución es objeto de este contrato: **"CONSTRUCCION DE AMPLIACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE**

CACORA
CANTERA CORTES RAMIREZ
RTN 08019013548799

MACUELIZO" CON FINANCIAMIENTO DE FONDOS NACIONALES PROVENIENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD (SUPERAVIT) Y CONTRAPARTE DE LA MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO, SANTA BARBARA.

SEGUNDA: **OBJETO DEL CONTRATO: El CONTRATISTA** se compromete a construir y dejar listas para su uso las obras que conforman **EL PROYECTO.**

TERCERA: **MONTO DEL CONTRATO:** El monto de este contrato es de **DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO LEMPIRAS CON 53/100 EXACTOS (Lps. 2,791,985.53), el cual está desglosado de la siguiente manera:**

Fondos Superávit del Modelo Descentralizado de Salud: Lps. 1,500,000.00

Contraparte de la Municipalidad de Macuelizo Lps. Lps. 1,291,985.53

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO

MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD

LICITACION PRIVADA LPR-MUNIMAC-01-2024

PROYECTO: CONSTRUCCION DE AMPLIACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MACUELIZO

Ítem	Actividades (#72)	Cantidad	Unidad	CACORA S. DE R.L.	
				Costo Unitario	Costo Total
A	CIMENTACIÓN				
A.1	Cimentación de mampostería de 0.40 x 0.30m para acera (ML)	15.10	ML	L 380.00	L 5,738.00
A.2	Excavación para cimentación (m3), incluye botado de material, distancia aprox. 1km	211.59	M3	L 430.29	L 91,045.06
A.3	Excavación para paso de tubería de agua potable 0.30x0.60 (ML)	33.88	ML	L 27.81	L 942.20
A.4	Excavación para paso de tubería de aguas residuales 0.40x0.70 (ML)	40.71	ML	L 43.28	L 1,761.93
A.5	Relleno y compactado material de sitio (m3)	52.90	M3	L 203.43	L 10,761.45
A.6	Relleno y compactado material selecto e=0.20 m (m3)	52.90	M3	L 463.82	L 24,536.08
A.7	Sobre elevación de bloque fundido de 8" con 4 hiladas, bastones #3 @ 0.40 m	104.86	ML	L 741.09	L 77,710.70
A.8	Zapata Corrida de 0.60 m x 0.20 m, concreto 3000 PSI (1:2:3) 4#3 y #4 @0.25 m, desplante promedio 1.00 m	134.11	ML	L 973.67	L 130,578.88
A.9	Zapata Za-01 de .60x0.60 m e=0.20 m 5#4 @ 0.18 m a/s desplante de 1.00 m(Unidad)	4.00	Unidad	L 1,079.29	L 4,317.16
A.9	ZAPATA AISLADA 0.60 x 0.60, e=0.20 , 4 N°3, a.s.	1.00	Unidad	L 977.65	L 977.65
	SU-BTOTAL CIMENTACION			L	348,369.11

CACORA
CANTERA CORTES RAMOS
RTN 08019013548710

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
LICITACION PRIVADA LPR-MUNIMAC-01-2024

PROYECTO: CONSTRUCCION DE AMPLIACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MACUELIZO

Ítem	Actividades (#72)	Cantidad	Unidad	CACORA S. DE R.L. Costo Unitario	CACORA S. DE R.L. Costo Total
B	COLUMNAS Y CASTILLOS				
B.1	Castillo C-01 0.15x0.15 m 4#3 y #2 @0.15 m concreto 3000 1:2:3 (ml)	126.00	ML	L 452.22	L 56,979.72
B.2	Castillo C-03 0.40x0.15 m 10#3 y #2 @0.20 m concreto 3000 1:2:3 (ml)	6.00	ML	L 829.91	L 4,979.46
B.3	Castillo C-02 0.25x0.15 m 4#3 y #2 @0.20 m concreto 3000 1:2:3 (ml)	6.00	ML	L 542.44	L 3,254.64
B.4	Jamba J-01 de 0.10x0.15 m 2#3 y #2 @ 0.15 m concreto 3000 1:2:3 (ml)	69.00	ML	L 322.97	L 22,284.93
B.5	CASTILLO 25X25 4#4,#2@25 CMS,CONCRETO 1:2:2	2.50	ML	L 695.50	L 1,738.75
	SUBTOTAL COLUMNAS Y CASTILLOS			L	89,237.50
C	SOLERAS				
C.1	Solera Cargador So-02 de 0.15x0.20 m 4#3 y #2 @ 0.20 m concreto 3000 1:2:3 (ml)	32.04	ML	L 555.23	L 17,789.57
C.2	Solera Inferior S-01 de 0.20x0.20 m 4#3 y #2 @ 0.20 concreto 3000 1:2:3 (ml)	134.11	Unidad	L 548.54	L 73,564.70
C.3	Solera Superior So-03 de 0.20x0.20 m 4#3 y #2 @ 0.20 concreto 3000 1:2:3 (ml)	132.81	ML	L 587.17	L 77,982.05
C.4	Batiente de 0.10x0.15 m 2#3 y anillos forma cangrejo #2 @ 0.20 m concreto 3000 1:2:3 (ml)	7.50	ML	L 313.31	L 2,349.83
	SUBTOTAL SOLERAS			L	171,686.14
D	PISOS Y LOSAS				
D.1	Acera de concreto simple 3000 PSI (210kg/cm2), ancho promedio 1.00 m, espesor 10 cm, pendiente de 1.00%, acabado liso (ML)	15.10	ML	L 455.22	L 6,873.82
D.2	Firme de concreto 3000 PSI (210kg/cm2) e= 10 cm con malla electrosoldada 6/6 (m2)	234.05	M2	L 548.91	L 128,472.39
D.3	Suministro e instalación de Moldura de ceramica blanco perla de 7 cm similar al piso ML	186.48	ML	L 125.13	L 23,334.24
D.4	Suministro e instalación de Piso de cerámica de 46x46 color blanco perla M2	192.69	m2	L 591.91	L 114,055.14
D.5	PISO DE CONCRETO SIMPLE DE 10 CM. PARA ACERA DE CONECCIÓN ENTRE EDIFICIO NUEVO Y EXISTENTE	24.00	M2	L 440.06	L 10,561.44
	SUB-TOTAL PISOS Y LOSAS			L	283,297.03

CACORA
CANTERA CORTES RAMPEL
RTN 08019013548799

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
LICITACION PRIVADA LPR-MUNIMAC-01-2024

Salud

PROYECTO: CONSTRUCCION DE AMPLIACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MACUELIZO

Ítem	Actividades (#72)	Cantidad	Unidad	CACORA S. DE R.L. Costo Unitario	Costo Total
E	**PAREDES**				
E.1	Pared de Bloque de 6" con liga 1:3 de 1cm a 2cm	366.63	M2	L 495.66	L 181,723.83
E.2	Pintura de paredes primer/sellador 2 en 1, ambas caras (M2)	734.10	M2	L 79.78	L 58,566.50
E.3	Repello de paredes, ambas caras, dosificación 1:3 hasta 2.00 cm de espesor (M2)	734.10	M2	L 125.93	L 92,445.21
E.4	Pulido de paredes, ambas caras (M2)	734.10	M2	L 121.52	L 89,207.83
E.5	Mocheta en Puertas y Ventanas ancho=0.15 m	101.9	ML	L 149.14	L 15,197.37
	SUB-TOTAL PAREDES			L	437,140.73
F	**SISTEMA HIDROSANITARIO**				
F.1	Suministro e instalación de Accesorios para tubería PVC para aguas residuales (Gbl)	1.00	GBL	L 1,281.00	L 1,281.00
F.2	Caja de registro de 0.70 x 0.70 x 0.70 m de ladrillo con tapadera de concreto y media caña (Unidad)	3.00	UNIDAD	L 2,606.99	L 7,820.97
F.3	Suministro e Instalación de accesorios y tubería PVC de 1/2" SDR-21 para agua potable (ML)	33.88	ML	L 122.73	L 4,158.09
F.4	Suministro e Instalación de tubería PVC de 2" SDR-41 para aguas residuelas (ML)	10.06	ML	L 172.21	L 1,732.43
F.5	Suministro e Instalación de tubería PVC de 4" SDR-41 para aguas residuelas (ML)	30.65	ML	L 266.31	L 8,162.40
F.6	Suministro e Instalación de inhodoros estilo American Standard, lavabos de pedestal y accesorios.	5.00	UNIDAD	L 8,124.56	L 40,622.80
	SUB-TOTAL SISTEMA HIDROSANITARIO			L	63,777.70
G	**INSTALACIONES ELÉCTRICAS**				
G.1	Suministro e instalación de salida para luminaria de techo, Cable THHN 3#12 cobre, poliducto corrugado 3/4" naranja, caja ortogonal metalica pesada, tapadera agujero 1/2"	27.00	Unidad	L 365.00	L 9,855.00
G.2	Suministro e instalación de Swich doble empotrable 15 AMP, Cable THHN 3#12 cobre, poliducto corrugado 3/4" naranja, caja 2"x4" metalica pesada.	6.00	Unidad	L 545.00	L 3,270.00
G.3	Suministro e instalación Swich sencillo emp. 15 AMP con tomacorrientes, Cable THHN 3#12 cobre, poliducto corrugado 3/4" naranja, caja 2"x4" metalica pesada.	4.00	Unidad	L 485.00	L 1,940.00
G.4	Suministro e instalación Swich sencillo empotrable 15 AMP, Cable THHN 3#12 cobre, poliducto corrugado 3/4" naranja, caja 2"x4" metalica pesada.	5.00	Unidad	L 435.00	L 2,175.00
G.5	Suministro e instalación Swich triple empotrable 15 AMP, Cable THHN 3#12 cobre, poliducto corrugado 3/4" naranja, caja 2"x4" metalica pesada.	1.00	Unidad	L 660.00	L 660.00
G.6	Suministro e instalacion de Luminarias UL led 2'x4' difusor acrilico luz blanca de 2200 lumines alto factor de potencia.	27.00	Unidad	L 950.00	L 25,650.00
G.7	Suministro e instalación de Panel SquareD' de 24 circuitos con Breaker de 15 amp y accesorios.	1.00	Unidad	L 14,000.00	L 14,000.00
G.8	Suministro e instalación de Panel SquareD' de 16 circuitos con Breaker de 20 amp y accesorios.	1.00	Unidad	L 13,000.00	L 13,000.00

CACORA
RTN 08019013548790

PROYECTO: CONSTRUCCION DE AMPLIACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MACUELIZO

Ítem	Actividades (#72)	Cantidad	Unidad	CACORA S. DE R.L. Costo Unitario	CACORA S. DE R.L. Costo Total
G.9	Suministro e instalación de tomacorriente empotrable dobles polarizados 120V NEMA 5-15R para uso general, cable 3#10 THHN cobre	55.00	Unidad	L 655.00	L 36,025.00
G.10	Suministro e instalación de Tomacorriente empotrable 240V, cable 3#10 THHN cobre	8.00	Unidad	L 725.00	L 5,800.00
G.11	ACOMETIDA AEREA, POSTE EXISTENTE	15.00	ML	L 313.00	L 4,695.00
G.12	ACOMETIDA ELECTRICA 3#2 (ENTERRADA)	30.00	ML	L 185.00	L 5,550.00
G.13	BASE PARA CONTADOR (200 AMPERIOS)	1.00	Unidad	L 3,800.00	L 3,800.00
	SUB-TOTAL INSTALACIONES ELÉCTRICAS			L	126,420.00
H	PUERTAS Y VENTANAS				
H.1	Suministro e instalación de Puerta Doble hoja 2.00 x 2.10 M de vidrio claro de 3/16" y aluminio color natural. P-1.	1.00	Unidad	L 20,000.00	L 20,000.00
H.2	Suministro e instalación de Puerta mazonite tambor 1.50x2.10 m marcos de pino, con bisagras de acero y llavin. P-2	1.00	Unidad	L 16,002.46	L 16,002.46
H.3	Suministro e instalación de Puerta mazonite tambor 1.0x2.1m marcos de pino, con bisagras de acero y llavin. P-3	11.00	Unidad	L 9,000.00	L 99,000.00
H.4	Suministro e instalación de Puerta termoformada 0.90x2.10m marco de pino, con bisagras de acero y llavin P-4	5.00	Unidad	L 6,041.62	L 30,208.10
H.5	Suministro e instalación de portón metalico de 2.00x2.10m, contramarco de ángulo de 1"x1"x3/16", marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap 18 galvanizado perforado para instalación de las varillas lisas de 1/2W, barrotes de varilla lisa legitima de 1/2", Platina de 1" x 3/16" perforada para instalación de varillas y soldadas, pintadas con pintura corrostil base agua y baño de barniz color neutral o acabado similar de igual calidad, incluye pasador en la parte superior como en la parte inferior y portacandado, lamina 0.90 en el centro del porton, ver detalle sen planos. PM-01	1.00	Unidad	L 10,419.38	L 10,419.38
H.6	Suministro e instalación de Puerta metálica doble hoja de 1.50 x 2.10 m, marco de ángulo de 1"x1"x3/16", marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap. 18 galvanizado, lámina 0.90 soldada en las orillas y remachada en el centro, pintado con pintura corrostil base agua y aplicado de barniz color natural o acabado de igual calidad, incluye llavín yale o similar, pasadores arriba y abajo, tres bisagras por hoja,ver detalle sen planos. PM-02	1.00	Unidad	L 9,840.00	L 9,840.00
H.7	Suministro e instalación de Ventana corrediza 4mm vidrio claro, 1.5x1.2 m y marco de pvc blanco. V-1	1.00	Unidad	L 5,400.00	L 5,400.00

CACORA
CANTERA CORTES RAMIREZ
RTN 08019013548799

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
LICITACION PRIVADA LPR-MUNIMAC-01-2024

PROYECTO: CONSTRUCCION DE AMPLIACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MACUELIZO

Ítem	Actividades (#72)	Cantidad	Unidad	CACORA S. DE R.L. Costo Unitario	CACORA S. DE R.L. Costo Total
H.8	Suministro e instalación de Ventana corrediza 4mm vidrio claro, 1.2x1.2 m, marco pvc blanco. V-2	5.00	Unidad	L 4,320.00	L 21,600.00
H.9	Suministro e instalación de balcón de metal de 1.20x1.20m, con marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap 18 galvanizadoperfiorado para instalación de las vaillas lisas de 1/2, barrrotes de varilla lisa legitima de 1/2", Platina de 1" x 3/16" perforada para instalación de varillas y soldadas, pintadas con pintura corrostil base agua y baño de barniz color neutral o acabado similar de igual calidad, ver detalle sen planos. B-01	5.00	Unidad	L 2,163.07	L 10,815.35
H.10	Suministro e instalación de balcón de metal de 1.50x1.20m, con marco de tubo cuadrado de 1"x1" chap 18 galvanizadoperfiorado para instalación de las vaillas lisas de 1/2, barrrotes de varilla lisa legitima de 1/2", Platina de 1" x 3/16" perforada para instalación de varillas y soldadas, pintadas con pintura corrostil base agua y baño de barniz color neutral o acabado similar de igual calidad, ver detalle sen planos. B-02	1.00	Unidad	L 2,853.62	L 2,853.62
	SUB-TOTAL PUERTAS Y VENTANAS			L	226,138.91
I	**TECHO**				
I.1	Suministro e instalación de Bajante PVC 4" SDR-41 para aguas lluvias (Unidad)	8.00	UNIDAD	L 1,270.04	L 10,160.32
I.2	Suministro e instalación de Cajón de canaleta de 2" x 6" x 1/16" para estructura de techo (ML)	184.37	ML	L 333.62	L 61,509.52
I.3	Suministro e instalación de Canal de aguas lluvias Durman PVC beige y accesorios (ML)	67.36	ML	L 348.47	L 23,472.94
I.4	Suministro e instalación de Cielo Falso de Fibra mineral acustica color blanco de 2'x4' y perfileria.	287.41	M2	L 450.00	L 129,334.50
I.5	Suministro e Instalación de lámina de Aluzinc calibre 26. 45mm, color natural, con pendiente de 22% a 4 aguas y capote de aluzinc 186 pie, incluye aislante térmico	344.39	M2	L 422.72	L 145,580.08
.6	Suministro e instalación de Largueros de canaleta de 6"x2"x1/16" para estructura de techo (ML)	203.47	ML	L 197.10	L 40,103.94
	SUB-TOTAL TECHO			L	410,161.29

CACORA
CANTERA CORTES RAMIREZ
RTN 08019013548799

MUNICIPALIDAD DE MACUELIZO
MODELO DESCENTRALIZADO DE SALUD
LICITACION PRIVADA LPR-MUNIMAC-01-2024
PROYECTO: CONSTRUCCION DE AMPLIACION DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MACUELIZO

Ítem	Actividades (#72)	Cantidad	Unidad	CACORA S. DE R.L. Costo Unitario	CACORA S. DE R.L. Costo Total
J	CISTERNA				
J.1	Columna CA-01 en cisterna de 0.20x0.20m con 4#3 y #2 @0.20m, concreto 4,000 PSI.	7.80	M	L 561.36	L 4,378.61
J.2	Excavación para cisterna 1.50x3.00x2.00 (m3)	11.88	M3	L 430.29	L 5,111.85
J.3	Firme para cisterna 1.90x3.40m de concreto 4000PSI (1:2:2) de 3.40x1.90m e=0.20m con #3@0.15m en A.D., carcamo de 0.40x0.40m	6.46	M2	L 1,174.61	L 7,587.98
J.4	Losa para cisterna de 1.90x3.40m de concreto 4,000 PSI e=0.15m con #3 @0.15m en A.D., con tapadera removible de 0.60x0.60m	6.46	M2	L 1,468.38	L 9,485.73
J.5	Pared para cisterna de Bloque de 8" fundido, bastones 1#3 @0.40 m y 1#3 @2 hilada, con liga 1:3 de 1cm a 2cm e impermeabilizada con sikatop 107, repello dentro y fuera y dado fino por dentro	18.00	M2	L 1,311.62	L 23,609.16
J.6	Suministro e instalación de accesorios para cisterna con bomba achicadora de 4HP, 40m tubería PVC de 1/2" SDR-21, sistema de filtro Home Pack y Flotador eléctrico Viyilant	1.00	GBL	L 13,236.34	L 13,236.34
J.7	Viga de cimentación V-02 para cisterna de 0.50x0.20m con 6#3 y #2 @0.20m, concreto 4,000 PSI.	5.30	M	L 971.65	L 5,149.75
J.8	Viga V-01 en cisterna de 0.20x0.20m con 4#3 y #2 @0.20m, concreto 4,000 PSI.	15.90	M	L 553.47	L 8,800.17
	SUB-TOTAL CISTERNA			L	77,359.59
	SUBTOTAL EN ACTIVIDADES				L2,233,588.00
	COSTO INDIRECTO 35%				L558,397.53
	COSTO TOTAL DE LA OBRA				L2,791,985.53

CUARTA: FORMA DE PAGO Los pagos se harán en forma parcial, un **ANTICIPO** equivalente al veinte por ciento **(20%)** del monto neto del contrato que equivale a **Quinientos Cincuenta y ocho mil trescientos noventa y siete lempiras con 11/ 100 (L. 558,397.11)** los siguientes desembolsos se harán de acuerdo al avance del proyecto, mediante la presentación de estimaciones aprobadas por el Contratista, Supervisor de proyectos, Alcaldesa Municipal, Administradora del GDSS y Coordinador GDSS.

CACORA
CANTERA CORTES RAMOS
08019013543

QUINTA: **GARANTÍAS: EL CONTRATISTA,** previo a la entrega del anticipo rendirá una Garantía Bancaria, Fianza o Cheque Certificado de Anticipo equivalente al 100% del valor del anticipo recibido, que asciende a la cantidad de **Quinientos Cincuenta y ocho mil trescientos noventa y siete lempiras con 11/ 100 (L. 558,397.11);** la vigencia de esta garantía será por el mismo plazo del contrato (7 meses), y concluirá con el reintegro total del anticipo. También rendirá una Garantía Bancaria, Fianza o Cheque Certificado como **Garantía de Cumplimiento** de Contrato equivalente al **15%** sobre el valor del Contrato, equivalente a **Cuatrocientos Dieciocho mil setecientos noventa y siete lempiras con 83/100 (L. 418,797.83),** La Garantía de Cumplimiento de contrato estará vigente hasta tres meses después del plazo previsto para la ejecución de la obra. Si por causas establecidas contractualmente se modifica el plazo de ejecución del contrato, por un término mayor de 1 mes, EL CONTRATISTA deberá ampliar la vigencia de la Garantía de Cumplimiento de Contrato, de manera que venza tres meses después del nuevo plazo establecido; el valor de la ampliación se calculará sobre el monto pendiente de ejecución, siempre que lo anterior hubiere sido ejecutado satisfactoriamente. Se establece una Garantía Bancaria, Fianza o Cheque Certificado como **Garantía de Calidad de Obra** equivalente al **5%** del monto del contrato, **Ciento treinta y nueve mil quinientos noventa y nueve lempiras con 28/100 (L. 139,599.28)** la cual deberá presentarse previo al pago de la última estimación y tendrá una vigencia de 1 año, a partir de la fecha de emisión del Acta de Recepción Provisional. Todos los documentos de garantía deberán contener la siguiente cláusula obligatoria. **"LA PRESENTE GARANTÍA SERA EJECUTADA A SIMPLE REQUERIMIENTO DE LA MUNICIPALIDAD, ACOMPAÑADA DE UN CERTIFICADO DE INCUMPLIMIENTO" Este Certificado de Incumplimiento será emitido por LA MUNICIPALIDAD.**

SEXTA: **ORDEN DE INICIO:** Se considerará como fecha de inicio 3 días después de firmado el contrato, si pasados 15 días calendario, el CONTRATISTA no ha firmado, LA MUNICIPALIDAD se reserva el derecho de realizar un nuevo proceso de adjudicación, sin responsabilidad alguna por su parte.

SEPTIMA: **TIEMPO DE EJECUCIÓN: EL CONTRATISTA** se compromete a construir la obra objeto de este Contrato dentro de los **DOSCIENTOS DIEZ DIAS (210)** días calendario contados a partir de la fecha indicada en la orden de inicio; en caso de que **EL CONTRATISTA** no termine el proyecto en el plazo estipulado por razones imputables a él, pagará a **LA MUNICIPALIDAD** en concepto de daños y perjuicios ocasionados por la demora, una multa por la cantidad **Diez mil cincuenta y un lempiras con 15/100 exactos (L.10,051.15)** equivalente al **0.36%** sobre el monto neto del contrato por cada día de retraso.

OCTAVA: **ROL DEL SUPERVISOR: dará,** instrucciones a **EL CONTRATISTA** para subsanar cualquier deficiencia de la obra. El Supervisor de la Obra será el **Ingeniero Civil Cesar Omar Chinchilla.**

CACORA
CANTERA CORTES RAMIREZ
RTN 08019013548799

NOVENA: RETENCIONES: si el contratista no presentare la constancia de pagos a cuenta se la ara la respectiva retención del **12.5%** del impuesto sobre la renta.

DECIMA. RESPONSABILIDAD LABORAL Y CIVIL: EL CONTRATISTA será el único responsable del pago de las obligaciones laborales que se deriven de la contratación del personal que efectúe la ejecución del proyecto; por consiguiente, será su responsabilidad afrontar y solucionar todos los problemas de tipo laboral que se presentaren durante y después de la construcción de la obra. Asimismo, **EL CONTRATISTA** libera de toda responsabilidad a **LA MUNICIPALIDAD** en caso de acciones entabladas por daños a terceros en razón de transgresiones de sus derechos como consecuencia de los trabajos a realizar en los sitios de la obra y las colindancias de ésta.

DECIMA PRIMERA. VARIACIONES AL CONTRATO. Las cantidades de obra de **EL PROYECTO** son estimadas y pueden variar. La **MUNICIPALIDAD se** reserva el derecho de modificar, variar, agregar, o disminuir partes del total de la obra cuando así convenga a sus intereses. En este caso, sin invalidar el contrato, siempre y cuando sea autorizado mediante **Orden de Cambio,** previamente revisada y firmada por **EL SUPERVISOR,** y autorizada por la Alcaldesa Municipal, podrá variar el valor del contrato hasta un máximo del diez por ciento (10%) arriba del valor señalado en la Cláusula Tercera de este Contrato, modificando en consecuencia las cifras del mismo. Dichos cambios no podrán ser referentes a especificaciones, costos unitarios, ni planos, sin antes obtener la no objeción por escrito de la MUNICIPALIDAD.

DECIMA SEGUNDA: RESCISIÓN DEL CONTRATO O SUSPENSIÓN DE DESEMBOLSOS. LA MUNICIPALIDAD podrá rescindir el presente Contrato o suspender los desembolsos, cuando ocurra cualquiera de las siguientes causales: **a)** Incumplimiento de cualquiera de las obligaciones estipuladas en el presente Contrato. **b)** Por deficiencia o mala ejecución de los trabajos, uso indebido de los fondos adelantados por **LA MUNICIPALIDAD,** de conformidad con los resultados de los informes emitidos por **EL SUPERVISOR** o con base a las visitas que **LA MUNICIPALIDAD** lleve a cabo, de lo cual se pueda presumir que existe el riesgo de que se malogre o distorsione el objeto del presente Contrato, **c) LA MUNICIPALIDAD** o de **EL CONTRATISTA,** cuando las condiciones prevalecientes no hicieran posible la terminación del proyecto. **d)** La suspensión de los desembolsos o resolución del contrato por parte de **LA MUNICIPALIDAD** , según sea el caso por cualesquiera de las cláusulas antes indicadas, no liberará de responsabilidad a **EL CONTRATISTA** de las obligaciones contraídas de liquidar o reembolsar los recursos que le hubiese adelantado **LA MUNICIPALIDAD, e)** No iniciar la obra después de 15 días de la fecha de inicio establecida y que no exista causa justificada; **f)** Incapacidad manifiesta de **EL CONTRATISTA** para ejecutar ese tipo de obra, **g)** No cumplir con las instrucciones de **EL SUPERVISOR** cuando éstas favorezcan la ejecución de la obra.

DECIMA TERCERA: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS. En Caso de disputas, reclamos o desacuerdos que puedan surgir como resultado de este contrato, y de no llegarse a un acuerdo entre

CACOM
CANTERA CORTES RAMOS
RTN 08019013548799

las partes, ambos tienen expedito el derecho de acudir a los Tribunales de Justicia, para cuyos efectos, **EL CONTRATISTA** renuncia al fuero de su domicilio y se somete expresamente al domicilio de **LA MUNICIPALIDAD.**

DÉCIMA CUARTA: ACEPTACIÓN: Las partes aceptan en todo y cada una de sus partes las cláusulas anteriores y convienen en que lo no previsto en el presente contrato será regulado por los documentos detallados en la Cláusula IX Documentos del Contrato, de las Condiciones Generales y Especiales del Contrato de Infraestructura Municipal.

ARTICULO 36 DE LA LEY DE CONTRATACION DEL ESTADO: **EN TODO CONTRATO FINANCIERO CON FONDOS EXTERNOS, LA SUSPENSIÓN O CANCELACION DEL PRESTAMO O DONACION, PUEDE DAR LUGAR A LA RESCISION O RESOLUCION DEL CONTRATO, SIN MAS OBLIGACION POR PARTE DEL SECTOR PUPLICO, QUE AL PAGO CORRESPONDIENTE A LAS OBRAS O SEVICIOS YA EJECUTADOS A LA FECHA DE VIGENCIA DE LA RESCISION O RESOLUCION DEL CONTRATO.**

IGUAL SUCEDERA EN CASO DE RECORTE PRESUPUESTARIO DE FONDOS NACIONALES QUE SE EFECTUEN POR RAZON DE LA SITUACION ECONOMICA Y FINANCIERA DEL PAIS, LA ESTIMACION DE LA PERCEPCION DE INGRESOS MENOR A LOS GASTOS PROYECTADOS Y EN CASO DE NECESIDADES IMPREVISTAS O DE EMERGENCIA.

En fe de lo cual, de común acuerdo, firmamos el presente Contrato en dos originales de igual contenido, en el Municipio de Macuelizo, Departamento de Santa Bárbara, a los 19 días del mes de Marzo del año 2024.

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

Licda. Suyapa Jacqueline Trejo
ALCALDESA MUNICIPAL

Ing. Juan Carlos Cortes Ramírez
CANTERA CORTES RAMÍREZ S. de R.L
CONTRATISTA

CACORA
CANTERA CORTES RAMIREZ
RTN 08019013548799

SE CONFIERE PODER.

Yo, **JUAN CARLOS CORTES GIRON,** Hondureño, mayor de edad, casado, Comerciante, domiciliado en el municipio de Taulabé, Comayagua y en tránsito por esta ciudad, con documento nacional de identificación **No. 0318-1976-00593**; actuando como Gerente General de la empresa Constructora **CACORA S. de R.L.**, Por medio del presente instrumento, estoy confiriendo poder al señor **JUAN CARLOS CORTES RAMIREZ**, Hondureño, mayor de edad, casado, Ingeniero Civil, domiciliado en el municipio de Taulabé, Comayagua, con documento nacional de identificación **No. 0321-1995-00267**, para que a mi nombre y representación pueda acudir a las instalaciones de la alcaldía municipal del municipio de **MACUELIZO, SANTA BARBARA**, a realizar la firma del contrato del proyecto de adjudicación **LPR-MUNIMAC-01-2024.,** Proyecto de Construcción de Ampliación del establecimiento de salud de Macuelizo más su garantía ya especificada y demás gestiones pertinentes y necesarias para la misma, a quien invisto de las facultades generales de la **Ley de Procedimiento Administrativo Art. 54, 55, 56, 57 más 81 y 82 no.2 del Código Procesal Civil.** Suscribiendo el mismo en la ciudad de Santa Bárbara, Santa Bárbara a los dieciocho (18) días del mes de marzo del año dos mil veinticuatro (2024).

(F) _____

JUAN CARLOS CORTES GIRON

(Gerente General Cacora S. de R.L.)

COLEGIO DE ABOGADOS DE HONDURAS

VAX ORBIS EX JURE

L. 5.00

COLEGIO DE ABOGADOS HONDURAS

VALOR LPS. 500.00

SERIE "A"

Colegio de Abogados de Honduras

Certificado de Autenticidad — Nº 7038342

El infrascrito Notario Público **HECTOR RAMON TROCHEZ VELASQUEZ**, con domicilio en la ciudad de Santa Bárbara, Santa Bárbara, con oficinas en el Bo. Arriba, Calle El Progreso, frente al restaurante Paramo Bistró, miembro inscrito en el honorable Colegio de Abogados de Honduras bajo el número (01858), numero de exequatur (0973), de la honorable Corte de Justicia., teléfono 98309700; **CERTIFICA:** Que la firma que calza el documento que antecede denominado **SE CONFIERE PODER,** a favor de **JUAN CARLOS CORTES RAMIREZ,** refiere que el suscrito le autoriza para que a su nombre y representación como gerente general de la empresa constructora CACORA S. de R. L., acuda a la alcaldía del municipio de Macuelizo, Santa Bárbara a firmar un contrato de proyecto de adjudicación LPR-MUNIMAC-01-2024 más su garantía especificada y demás gestiones que se requieran, y que pertenece al señor **JUAN CARLOS CORTES GIRON .- ES AUTENTICA,** por ser de mi conocimiento, **DOY FE…**

SANTA BARBARA, SANTA BARBARA 18 DE MARZO DEL AÑO 2024

…… U. L. ……

HECTOR RAMON TROCHEZ VELASQUEZ

EXEQUATUR 0973

HECTOR RAMON TROCHEZ VELASQUEZ NOTARIO EX. No. 973 REPUBLICA DE HONDURAS

República de Honduras
Secretaría de Finanzas - Dirección Ejecutiva de Ingresos
Registro Tributario Nacional

RTN: 08019013548799

CANTERA CORTES RAMIREZ S DE R L
Nombre o Razón Social

Inscripciones

Ventas-Selectivo	Productores Importadores de Cigarrillos
Importador	Productor Alcoholes Licores
Exportador	Distribuidor Alcoholes Licores
Imprentas	Importador Alcoholes Licores
Prestamista	

Fecha de Emisión: 20130213

Base Legal: Art. 1, 2, y 3 del Decreto N° 102 del 8 de Enero de 1974, reformado mediante Art. 12 del Decreto N° 2-5 del 10 de Agosto de 2002, Art. 10 del Decreto N° 25 de la Ley de Impuesto Sobre Ventas, Art. 5º del Decreto 22-97, Art. 39 del Decreto 194-2002, Ley del Equilibrio Financiero y de la Protección Social, Art. 27 del Decreto 51-2003 de 10 de Abril de 2003. Art. 8 Decreto de Ley N° 14 del 15 de Enero de 1973 publicado en el Diario Oficial la Gaceta N° 20880 y el Reglamento de Prestamista No Bancario Acuerdo 43 publicada el 18 de Enero de 1973

Director Adjunto de Rentas Internas

Jefe de Departamento Asistencia al Contribuyente

Señor Contribuyente recuerde su obligación de comunicar a la DEI cualquier cambio en sus datos en el RTN, conforme el artículo 43 numeral 5 del Código Tributario. Cumplir con sus obligaciones tributarias es cumplir con Honduras

Número de Documento DEI-412- 1270562 Transacción: 9BA7DD

NOTARIO EX NO 1651 REPUBLICA DE HONDURAS C.A.

CONSTANCIA DE PAGO DE IMPUESTOS MUNICIPALES

El suscrito, HACE CONSTAR: Que el contribuyente

Cacora S. DE R.L

ha pagado sus impuestos municipales correspondientes al año 201 _____ por lo que se le extiende esta Constancia de Pago, para que pueda efectuar cualquiera de los actos enumerados en el Art. 2 del Dec. Leg. No. 15 del 2 de septiembre de 1965, sin perjuicio del impuesto adicional que pueda resultar del examen de sus declaraciones.

Nº 746408

Taulabé, 20 Febrero 2024

Lugar y Fecha

VALIDO HASTA: 28 Agosto 2025

ALCALDIA MUNICIPAL TAULABÉ, COMAYAGUA — DENIS MEMBREÑO ALCALDE

Firma y Sello Alcalde

EMPRESA NACIONAL DE ARTES GRAFICAS

CACORA
CANTERA CORTES RAMIREZ
RTN 08019013548799

0000012

34572

Colegio de Ingenieros Civiles de Honduras

R.T.N. 08019995298514

CONSTANCIA

No. 1574/2022

El suscrito Secretario General del Colegio de Ingenieros Civiles de Honduras, (CICH)+ hace constar que la firma

CANTERA CORTES RAMIREZ, S.DE R.L.

se encuentra debidamente registrada en este colegio bajo el No. **2350123-N-CT/CS** ; y de acuerdo a dicho registro está autorizada para realizar trabajos de **CONSTRUC.CONSUL.ELECTRMEC.ARQUITECTURA, OBRAS CIVIL** siendo representada por el Ingeniero

JUAN CARLOS CORTES RAMIREZ No. CICH **08996**

encontrándose a la fecha, tanto la firma como el representante, solventes con sus obligaciones correspondientes.

En consecuencia la firma

CANTERA CORTES RAMIREZ, S.DE R.L.

está facultada por la presente para participar en

BANCO ATLANTIDA.

Este colegio se permite aclarar que ninguna otra firma que tenga intereses comunes con **CANTERA CORTES RAMIREZ, S.DE R.L.** podrá intervenir en forma separada en **OTRA LICITACION** en que ésta participe, a menos que entren conjuntamente.

SAN PEDRO SULA, 30 DE NOVIEMBRE DEL 2022.

SECRETARIO GENERAL

COLEGIO DE INGENIEROS CIVILES DE HONDURAS CICH

CACORA CANTERA CORTES RAMIREZ RTN 08019013548799

Tegucigalpa, M.D.C., Colonia Florencia Norte, 3ra. entrada, Apdo. Nº 794, PBX: 2239-2200, 2239-9275, 2232-3947, Cel.: 9564-0344 / 9564-0345, info@cichorg.org
San Pedro Sula, Col. El Pedregal, Ave. José Antonio Peraza, frente entrada de Emergencia del Hospital Mario Catarino Rivas, Tels.: 2566-0202, 2566-0555, info.sps@cichorg.org
La Ceiba, Atlantida, Residencial Quinta Los Laureles, Tels.: 2440-6223, 2240-6261, info.ceiba@cichorg.org

0000013

NOTARIO
EX NO 1431
REPUBLICA DE HONDURAS C.A.

CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA

201-24-10500-8944

La DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO SUR en cuya jurisdicción se encuentra el domicilio fiscal del solicitante, identificado como:

Nombre y Apellido o Razón Social: **CANTERA CORTES RAMIREZ, S. DE R.L.**
Con Registro Tributario Nacional: **08019013548799**

Habiendo presentado la solicitud electrónica con número 201-24-10500-8944 en fecha 11/01/2024, y Recibo Oficial de Pago No. 25418542755 de fecha 11/01/2024 por el monto de L. 200.00 bajo el concepto de Actos Administrativos.

Luego de revisadas las bases de datos del Sistema de Información Tributaria (E-TAX), se determinó la información siguiente:

ETAX: SI existen Registros de Pagos a Cuenta.

ETAX: NO existen Registros de Deudas.

ETAX: NO existen Registros de Omisiones en la presentación de Declaraciones.

Por lo antes expuesto, se **OTORGA** al solicitante la presente **CONSTANCIA ELECTRÓNICA DE ESTAR SUJETO AL RÉGIMEN DE PAGOS A CUENTA**, para el período 202401, según Declaración 35740756326, presentada el 27/04/2023.

La presente Constancia vence el 30/04/2024. Sin perjuicio de las facultades de revisión y fiscalización de esta Administración Tributaria y de los resultados que de ella se produzcan.

JONY PORFIRIO JIMENEZ
DIRECTOR REGIONAL CENTRO SUR

(*) Es obligación del destintario de la presente Constancia verificar su validez a través de Internet en la dirección http://constancias.sar.gob.hn/ConstanciaPagosCuenta.aspx, ingresando el número **201-24-10500-8944** o mediante el siguiente código QR:

CACORA
CANTERA CORTES RAMIREZ
RTN 08019013548799

000001.4

CACORA
CANTERA CORTES RAMIREZ

CACORA S. DE R.L
RTN:08019013548799

FACTURA
No. 000-002-01-00000696

CAI: 5CB70C-7FEA79-D040BA-8375EC-4982B9-06
RANGO AUTORIZADO: 000-002-01-00000666 al 000-002-01-00000815
Fecha limite de Emisión: 03-01-2025

Cliente ALCALDIA MUNICIPAL DE MACUELIZO
RTN 16139011360075 **Fecha:** 03 DE ABRIL DE 2024

Cantidad	Descripción	Precio unitario	Descuentos y rebajas otorgadas	TOTAL
1	Anticipo del 20% según clausula cuarta en base a contrato firmado, correspondiente al proyecto de Construccion de Ampliacion del Establecimiento de Salud de Macuelizo según Adjudicacion de Licitacion Privada LPR-MUNIMAC-01-2024,con financiamiento de Fondos Nacionales Provenientes de la Secretaria de Salud (SUPERAVIT) y Contraparte de la Municipalidad de Macuelizo.	L. 558,397.11		L. 558,397.11
		Sub Total		L. 558,397.11

CACORA
CANTERA CORTES RAMIREZ
RTN 08019013548799

VALOR EN LETRAS

QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRECIENTOS NOVENTA Y SIETE CON 11/100 LEMPIRAS EXACTOS

IMPORTE EXONERADO	L. 0.00
IMPORTE EXENTO	L. 558,397.11
IMPORTE GRAVADO 15%	L. 0.00
IMPORTE GRAVADO 18%	L. 0.00
I.S.V. 15%	L. 0.00
I.S.V. 18%	L. 0.00
TOTAL A PAGAR	**L. 558,397.11**

No. Correlativo de orden de compra exenta	
No. Correlativo de constancia de registro exonerado	
No. de identificativo del registro del SAG	

LA FACTURA ES BENEFICIO DE TODOS "EXIJALA"

Lajas, Taulabe, Comayagua, Carretera Panamericana, frente a Escuela Manuel de Jesus Sabillon.
Tel. (504)3185-3658/ Correo electronico cacora.conta@gmail.com

ALCALDIA MUNICIPAL
DE MACUELIZO/ CUT
Cuenta N.°: 01-090-000250-3

CHEQUE No. 00007603

23 de marzo de 2024 MACUELIZO
Lugar y Fecha

CANTERA CORTES RAMIREZ S DE R L 558,397.11 L
Páguese a la orden de

QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SIETE CON ONCE CENTAVOS Lempiras
Cantidad en letras

BANPAIS
Siempre de tu lado.
Banco del País, S.A.

Firma (s)

⑆0100 1150⑆000 1090000 2503⑈0000 7603

CONCEPTO DEL PAGO Anticipo del 20% según clausula Cuarta en base a contrato firmado, correspondiente al proyecto de Construcción de Am del Establecimiento de Salud de Macuelizo según Adjudicación de Licitación Privada LPR-MUNIMAC-01-2024, con financia en Fondos Nacionales Provenientes de la Secretaria de Salud (SUPERAVIT) y Contraparte de la Municipalidad de Macuelizo.

PAGO DE Anticipo del 20% según clausula Cuarta en base a contrato firmado 558,397.11

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
	correspondiente al proyecto de Construcción de Am del Establecimiento de Salud de Macuelizo según Adjudicación de Licitación Privada LPR-MUNIMAC-01-2024, con financiamiento de Fondos Nacionales Provenientes de la Secretaria de Salud (SUPERAVIT) y Contraparte de la Municipalidad de Macuelizo.			

CHEQUE No. 00007603 **BALANCE** 0321-1995-00216

ALCALDESA MUNICIPAL MACUELIZO, SANTA BARBARA

AUTORIZADO POR

RECIBI CONFORME

CANTERA CORTES RAMIREZ
RTN 08019013548799

2802508 M-0913 33

Documento Fiscal Válido

OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

RTN:	08019013548799
Nombre o Razón Social:	CANTERA CORTES RAMIREZ, S. DE R.L.
Nombre Comercial:	CACORA S. DE R.L.
Teléfono:	31633118 33923733
Email:	cacora.conta@gmail.com
Dirección de Casa Matriz:	BARRIO:ALDEA LAJAS, CASA NO.: NA, MUNICIPIO: TAULABE, DEPARTAMENTO: COMAYAGUA
Dirección de Establecimiento:	DIRECCION: ALDEA LAJAS, No. NA, MUNICIPIO: TAULABE, DEPARTAMENTO: COMAYAGUA

GENERALES

Número del Documento:	000-002-01-00000696
Fecha de Autorización:	03/01/2024
Modalidad:	SFC en Red Fijo
Tipo de Documento:	FACTURA
Fecha de Vencimiento:	03/01/2025
CAI:	5CB70C-7FEA79-D040BA-8375EC-4982B9-06
Desde (Rango Autorizado):	000-002-01-00000666
Hasta (Rango Autorizado):	000-002-01-00000815

TRIBUTAR ES PROGRE**SAR**

Reporte la irregularidad de este documento

Tel: +504 2216-5800 - Email: asistencia@sar.gob.hn