



Honduras, C.A.

ARENAL, YORO  
EJERCICIO: 2021

**Orden de Pago**  
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 09/09/2021  
Hora : 03:48 p.m.

USUARIO: MARYORI.MARTINEZ  
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 6288

L.: 5,600.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 8962

Fecha de Emision: 9/9/2021

No.Cheque/Nota de Debito: \_\_\_\_\_

Paguese a: PRODUCTOS MEDICOS SRL

Id/RTN: 05019006503247

La Cantidad en Letras: CINCO MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripcion:



Compra de prueba rapida para abastecer Triage CIS Arenal

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 008 000 54200 11-001-01	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	5,600.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
<b>Total de retenciones:</b>		<b>0.00</b>

RESUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
<b>Monto Total:</b>		<b>0.00</b>

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO	
SUBTOTAL	5,600.00
- RETENCIONES	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>5,600.00</b>

Firma y Sello de Presupuestario  Jefe de Presupuesto	Firma y Sello de Tesoreria  TESORERIA ARENAL, YORO
Firma y Sello de Alcalde (sa)	

Recibido por: \_\_\_\_\_

Identidad No.: \_\_\_\_\_

0s+js/j9Jmd+u0vkiJIEOS+PsS0c2vEwDKbhr4SEwWycUA9yMTTnx/VmpyDxCozMjLADCAhRIVdxeAWJ7RqQN5gMf3byotE4IF9yP5VjUaGUAGFomfJLYX0Wwi/Ynq9KGgR+I0a3J6hU5wnOVYQbHRJLBNzvi



Honduras, C.A.

ARENAL, YORO  
EJERCICIO: 2021

**Orden de Pago**  
Moneda: Lempiras (L)



Emisión: 09/09/2021  
Hora : 03:49 p.m.

USUARIO: MARYORI.MARTINEZ  
Pagina: 1 de 1

Orden de Pago No.: 6288

L.: 5,600.00

Tipo de Expediente: GASTO RECURRENTE VARIABLE

Expediente No.: 8962

Fecha de Emision: 9/9/2021

No.Cheque/Nota de Debito:

Paguese a: PRODUCTOS MEDICOS SRL

Id/RTN: 05019006503247

La Cantidad en Letras: CINCO MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Descripcion:

Compra de prueba rapida para abastecer Triage CIS Arenal

CODIGO	PROYECTO / OBJETO GASTO	MONTO
11 02 000 008 000 54200 11-001-01	Transferencias a Asociaciones Civiles sin Fines de Lucro	5,600.00

RETENCIONES		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
<b>Total de retenciones:</b>		<b>0.00</b>

RESEUMEN AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS		
CODIGO	DESCRIPCION	MONTO
<b>Monto Total:</b>		<b>0.00</b>

RESUMEN TOTAL ORDEN DE PAGO		
SUBTOTAL		5,600.00
- RETENCIONES		0.00
<b>TOTAL</b>		<b>5,600.00</b>



Firma y Sello de Presupuestario

*Maryori Martínez*

Firma y Sello de Tesorería

*Maryori Martínez*

Firma y Sello de Alcalde (sa)

Recibido por:

Identidad No.: \_\_\_\_\_



Municipio de Arenal, Departamento de Yoro

07 de Septiembre de 2021.

## SOLICITUD DE REQUERIMIENTO

Ing. Carlos Alberto Zuniga Lagos  
Alcalde Municipal  
Su Despacho

Distinguido Alcalde Zuniga

Me dirijo a usted para agradecer el apoyo brindado en el proceso de desarrollo integral en protección de la salud pública de las personas del Municipio.

En Cumplimiento al PCM 061-2020 (ref.art 03) solicitamos se proceda a realizar la siguiente compra insumo médico para poder desarrollar el funcionamiento del Triage CIS Arenal ubicado en predio de la secretaria de Salud contiguo al Centro de Salud del Municipio dicho recurso/insumo está contemplado en el Plan de Acción Covid19.

- **2 Kit prueba rápida Covid-19 (onsite Rapid Test CTK)**

Agradecemos la atención prestada a la misma y esperamos una pronta respuesta.

  
Dra. Ilesy Emilia Martínez Reyes  
Directora Municipal de Salud









DEPOSITOS COMBINADOS

Banco Financiera Comercial Hondureña, S.A.

CUENTA DE CHEQUES CLASICA

TFS21253RC4CB

FECHA: 10-09-2021 10:19AM

USUARIO/CAJERO: HN-24717 CJ#: 3932

AGENCIA: AGN OLANCHITO PGR

CTA. DE DEPOSITO: 4526716/021101588780

NOMBRE: PRODUCTOS MEDICOS S DE RL

MONEDA DE LA CTA: HNL

FORNULAHICOSTANDAR S.A. NTN: 001096902726 TEL: 2289-1491-1453 FAX: 2289-1457 TELECOMUNICACIONES

DETALLE PAGO:

TOTAL EFECTIVO: HNL \*\*\*\*\*0.00

TOTAL CHEQUES: HNL \*\*\*\*\*5,600.00

TOTAL DEL DEPOSITO: HNL \*\*\*\*\*5,600.00

DETALLE DEPOSITOS:

TXN	BANCO	NO CHEQUE	MONTO	T. CAMBIO
COB 30		10669	HNL *****5,600.00	1.0000

X

FIRMA AUTORIZADA

NOMBRE DEL DEPOSITANTE: CARLOS ALBERTO ZUNIGA LAGOS

NUMERO DE IDENTIFICACION: 1802195600086

NOTA: INVÁLIDA SIN LA CERTIFICACIÓN DEL CAJERO



## PRODUCTOS MEDICOS, S. DE R.L.

FACTURA

No. 000-003-01-00016667

Bo. LAS ACACIAS 11 CALLE 5ta. AVE. N.O.

San Pedro Sula, Honduras, C.A.

Tel: 2516-1340. 2516-1343. 2561-1790 Fax: 2561-4245

E-mail: administracion@promedik.biz

CAE: 56DC76-609704-6A449B-C3A793-7D09D3-70

FECHA LIMITE DE AUTORIZACION: 25/06/2022

RANGO AUTORIZADO: 000-003-01-00014001/000-003-01-00024000

RTN: 05019006503247

<b>CODIGO CLIENTE:</b> YOR00076	<b>RTN:</b>	<b>FECHA:</b> 17/09/2021	<b>CONDICIONES:</b> CONTRA DEPOSITO
<b>CLIENTE:</b> CIS ARENAL			<b>VENGE:</b> 17/09/2021
<b>DIRECCION:</b> Colonia la Libertad 1/2 cuadra al norte de Kinder Riecy Herrera			<b>ATENCION A:</b> Francisco Escoto
<b>CIUDAD:</b> OLANCHITO	<b>DEPTO:</b> YORO		<b>VENDEDOR:</b> 08 Arleny Banegas

CODIGO/LOTE	DESCRIPCION	MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNIT.	TOTAL
PRUCV003	PRUEBA RAPIDA COVID-19 IgG/IgM ONSITE CTK (e) ===== ULTIMA LINEA =====	KITX30	2	2,800.00	5,600.00

LA SUMA DE: cinco mil seiscientos netos Lempiras

- ESTIMADO CLIENTE: HACER LOS CHEQUES A NOMBRE DE PRODUCTOS MEDICOS, S. DE R.L.
- REVISAR LA MERCADERIA AL RECIBIRLA. NO ACEPTAMOS RECLAMOS FUTUROS, NI DEVOLUCIONES.
- SE COBRARA EL 3% DE INTERES MENSUAL POR MORA DESPUES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO.
- POR CADA CHEQUE DEVIERTO SE COBRARA L. 200.00 MAS RECARGO DEL BANCO.
- ESTA FACTURA AL CREDITO NO CONSTITUYE UN RECIBO DE PAGO. RECLAME SU RECIBO.

No. DE ORDEN DE COMPRA EXENTA	No. DE CONSTANCIA DE REGISTRO DE EXONERADOS	No. DE REGISTRO DE SAG

REVISADO POR	ENTREGADO POR	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE	FIRMA

IMPORTE EXENTO	L.	5,600.00
IMPORTE GRAVADO	L.	0.00
IMPORTE EXONERADO	L.	0.00
SUB-TOTAL	L.	5,600.00
DESCUENTOS Y REBAJAS	L.	0.00
I.S.V. 15%	L.	0.00
I.S.V. 18%	L.	0.00
TOTAL	L.	5,600.00



*Alcaldía Municipal*  
*Municipalidad de Arenal*

Honduras C.A. Teléfono 2433-0127



## ACTA DE RECEPCIÓN

Por este medio hace constar que hemos recibido a conformidad de: **PRODUCTOS MEDICOS S.DE.R.L**

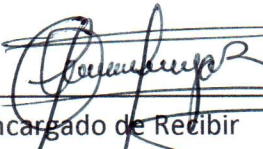
La Factura **000-001-01-00 N° 000-003-01-00016667.**

Los Materiales / EQUIPO MEDICO que a continuación se detallan:

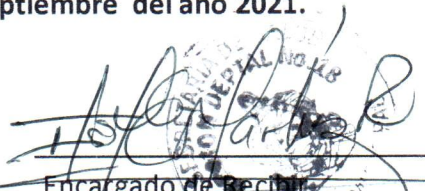
N°	Producto Recibido	Precio Unitario	Cantidad de producto	Total
1	Prueba rápida COVID-19 IgM ONSITE CTK	2,800.00	2	L.5,600.00
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
22				
			TOTAL	L.5,600.00

Material y Equipo Médico que se utilizaran en el TRIAJE CIS ARENAL "Programa Fuerza Honduras" en el Municipio de Arenal Departamento de Yoro para brindar asistencia Medica a personas sospechosas o positivas de **COVID-19.**

Dado en el Municipio de Arenal Yoro a los 29 días del Mes Septiembre del año 2021.

  
Encargado de Recibir  
Merary Elizabeth Montoya  
Encargada de Compras



  
Encargado de Recibir  
Dra. Ilsy Emilia Martínez,  
Directora Municipal CIS-Arenal





**MUNICIPALIDAD DE ARENAL, YORO**  
ARENAL, YORO, HONDURAS

**CHEQUE No. 00010669**

9 de septiembre de 2021

Cuenta No. 3101093257

Lugar y Fecha

PRODUCTOS MEDICOS SRL

L 5,600.00

Páguese a la orden de

CINCO MIL SEISCIENTOS CON CERO CENTAVOS

Lempiras

Cantidad en letras

**DAVIVIENDA**

Banco DAVIVIENDA Honduras, S.A.

Firma(s)

⑆0⑆1⑆0304⑆00003⑆01093257⑆00010669

RIS Donnelley de Honduras, S.A. de C.V.

**CONCEPTO DEL PAGO**

PAGO DE Compra de prueba rapida para abastecer Triaje CIS Arenal

CUENTA Y SUB-CUENTA	CONCEPTO	PARCIAL	DEBE	HABER
PAGO DE	Compra de prueba rapida para abastecer Triaje CIS Arenal  			

**CHEQUE No. 00010669**

**BALANCE**

PREPARADO

REVISO

AUTORIZO

RECIBI CONFORME

RIS DONNELLEY DE HONDURAS, S.A. DE C.V. R.T.M. 0501900548553. CERTIFICADO Nº 8291-14-0506-13. TELS. 2221-3208 2556-5800. • KR01190003914