

ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN PABLO TACACHICO

ORDEN DE SUMINISTRO DE BIENES O SERVICIO

San Pablo Tacachico 08 de Julio del 2020

Fuentes de financiamiento: FODES 75%

Orden de Compra

Sr.(s) Droguería Mundo Farma

N° **05137**

Sirva(n) se suministrar lo siguiente: Medicamentos

Para ser utilizados en: Emergencia Municipal y atención a la prevención COVID 19

CANT.	UNIDAD	DESCRIPCIONES
100	clv	Dramanal iny.
10	clv	cajas de acetaminofen tab.
05	clv	cajas de anti gripal (grip no grip).
25	clv	Acitromiana susp.
03	clv	cajas de Ciprofloxacina tab.
01	clv	caja de Hiosina tab.
01	clv	galon de alcohol "90" liquido.
03	clv	cajas de anaflat tab.
05	clv	cajas de azitromicina 500mg.
100	clv	Frascos complejo "B" vial.



AUTORIZADO POR [Firma]

La factura o recibo deberá emitirse a nombre de la ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN PABLO TACACHICO



[Firma]
UACI

[Firma]
FIRMA SOLICITANTE
Silvia Hernández



[Firma]
SUMINISTRANTE
**DROGUERÍA
MUNDO
FARMA
CRÉDITOS Y COBROS**

El original de este requerimiento deberá ser anexado a la orden original, debidamente sellado y firmado

Original-Blanco Contabilidad *Duplicado-Amarillo-UACI *Triplicado-Rosado Encargado de Obra



CARLOS FERNANDO MARTINEZ UMANZOR
 NRC: 169270-6 GIRO: VENTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS
 Y MEDICINALES NIT: 0614-180278-111-8
 DIRECCION: 1a. AVENIDA NORTE, BO. SAN MIGUELITO, # 838 SAN SALVADOR
 DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS
 DAR GRACIAS A JEHOVA PORQUE EL ES BUENO SALMOS 118-1



FACTURA
20SD000F
No. 27039
 NRC: 169270-6
 NIT: 0614 - 180278 - 111 - 8

Chamber

ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN PABLO TACACHICO
 CLL PPAL Y AVE JOSE SN PABLO TACACH
 ICO ALCALDIA MUNICIP,

027039

08/07/2020

CONTADO TEL.2445-9800 10296 11 ESMERALDA

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VTAS. NO SUJETAS	VENTAS EXENTAS	VENTAS GRAVADAS
2569	100	DRAMAVOL "VIAL" INY. HOSP. <i>10</i>	1.42000			142.00
3238	100	ACETAMINOFEN "BLIST" PHARMED <i>100</i>	0.25000			25.00
1194	125	ANTIGRIPAL SAIMED CAJAX4 TAB. <i>30</i>	0.39200			49.00
1713	25	AZITROMICINO SUSP. 20073ML "SH" <i>20</i>	2.80000			70.00
378	300	CIPROFLOXINA "50" 500MG. "TABLETA" <i>30</i>	0.10500			31.50
1891	100	HIOSCINA 10MG. "TABLETA" <i>10</i>	0.30000			30.00
587	120	ANAFAT "TABLETA" (SIMETICONES) <i>30</i>	0.14770			17.72
3311	100	AZITROMICINO 500MG "TABLETA" PL <i>50</i>	1.76250			176.25
574	100	COMPLEJO "B" VIAL. PAILL <i>1000</i>	1.47000			147.00
3209	1	ALCOHOL "CURACION" GALON "MAY" <i>10</i>	11.90000			11.90

LLENAR EN OPERACIONES SUPERIORES O IGUALES A \$200.00

SON: **Setecientos 37/100 Dolares**

NOMBRE: _____
 NIT o DUE: _____ F. ENTREGADO AUTORIZADO _____

HECHO POR: _____
 NIT, DUI O PASAPORTE: _____ F. RECIBIDO / SELLO RECIBIDO _____

SUMAS **700.37**
 (-) 1% IVA RETENIDO
 SUB-TOTAL
 V. NO SUJETAS
 V. EXENTAS
 VENTA TOTAL **700.37**

YO RECONOZCO Y DECLARO QUE DEBO Y PAGARE DENTRO DEL PLAZO DE 30 DIAS A CARLOS FERNANDO MARTINEZ UMANZOR LA CANTIDAD EN DOLARES QUE APARECE COMO TOTAL EN EL PRESENTE DOCUMENTO POR MERCADERIAS O SERVICIOS QUE EN ESTA FECHA HE RECIBIDO. EN CASO DE MORA PAGARE EL 3% DE INTERES MENSUAL Y RENUNCIO AL DERECHO DE APELACION QUE ME CONFIERE LA LEY ANTE CUALQUIER ACCION JUDICIAL.

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES

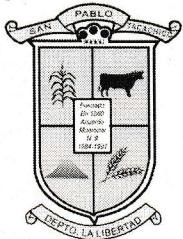
DUPLICADO-CLIENTE

Cupz gamuel

FORMULARIOS STANDARD, S.A. DE C.V. CALLE CHARRASTIQUE, No. 5-A8, ZONA IND. STA. ELENA, ANT. GUACALAN LA LIBERTAD, PBX: 2525-9800 NRC: 0403-1 NIT: 0614-00289-102-6

AUTORIZACION DE IMPRESION No. 0039-DOI DE FECHA 24/09/1992. TRAMITE: 205000025-001 - 2050000-F-000 RESOLUCION No.: 1941-4953-NR-21/08-2020 DEE-21/08/2020





ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN PABLO TACACHICO

ORDEN DE SUMINISTRO DE BIENES O SERVICIO

San Pablo Tacachico 14 de Julio del 2020

Fuentes de financiamiento: FODES 75%

Orden de Compra


Sr.(s) Drogueria Mundo Farma

N° **05132**

Sirva(n) se suministrar lo siguiente: Medicamentos

Para ser utilizados en: Emergencia municipal y atencion a la prevencion COVID 19

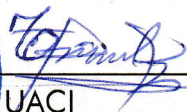
CANT.	UNIDAD	DESCRIPCIONES
10	clv	cajas de acetaminofen 500mg
05	clv	cajas de antigripal (grip no grip).
05	clv	cajas de ciprofloxacina 500mg.
03	clv	cajas de clorfeniramina 4mg.
04	clv	cajas de sueros oral vitaminado.
05	clv	Aciclovir 400mg.
05	clv	cajas de loratadina 10mg.
100	clv	ampollas fenaler hospitalaria
50	clv	frascos de pulmogrip.
02	clv	cajas de Jeringas 3cc
25	clv	Frascos amoxicitina susp. 250mg.
25	clv	Frascos Trimetropin susp. 100 ml.
50	clv	Cateter #22
25	clv	Descartables doble función.

AUTORIZADO POR 



La factura o recibo deberá emitirse a nombre de la ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN PABLO TACACHICO.




UACI


FIRMA SOLICITANTE
Silvia Maldonado

SUMINISTRANTE

El original de este requerimiento deberá ser anexado a la orden original, debidamente sellado y firmado

Original-Blanco Contabilidad

*Duplicado-Amarillo-UACI

*Triplicado-Rosado Encargado de Obra



CARLOS FERNANDO MARTINEZ UMANZOR

NRC: 169270-6 GIRO: VENTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICINALES

DIRECCION: 1a. AVENIDA NORTE, BO. SAN MIGUELITO, # 838 SAN SALVADOR

DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS

NIT: 0614-180278-111-8

DAR GRACIAS A JEHOVA PORQUE EL ES BUENO SALMOS 118-1



DRUGUERÍA MUNDO FARMA

FACTURA 20SD000F

No. 27437

NRC: 169270-6 NIT: 0614 - 180278 - 111 - 8

ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN PABLO TACACHICO
CLL PPAL Y AVE JOSE SN PABLO TACACH
ICO ALCALDIA MUNICIP,

027437

14/07/2020

CONTADO TEL.2445-9800 10296 11 ESMERALDA

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VITAS. NO SUJETAS	VENTAS EXENTAS	VENTAS GRAVADAS
3238	10C	ACETAMINOFEN"BLIST"PHARMED	0.22300			22.30
1194	5C	ANTIGRIPIAL SAIMED CAJAX4 TAB.	0.39200			49.00
378	5C	CIPROFLOXINA"SM"500MG."TABLETA	0.10500			52.50
1643	300	CLORAFERANINA 4MG."TABLETA"GAN	0.03250			9.75
1291	HC	SUERO PAUL"SOBRE"VITAMINADO	0.10000			20.00
1103	5C	ACICLOVIR"SM"400MG"BLISTER	0.84000			42.00
103	500	LORATADINA 10MG"TAB"GAMMA	0.05500			27.50
1567	1C	FENALEB INY. VIAL HOSPITALARIA	1.32000			132.00
173	50	PULMO GRIP BALSAMICO JBE.	2.39000			119.50
1010	2C	JERINGA"NIPRO"3ML22X11/2	0.08120			16.24

LLENAR EN OPERACIONES SUPERIORES O IGUALES A \$200.00

NOMBRE: 10 / 10

SUMAS 490.99

SON: Cuatrocientos Noventa 99/100 Dolares

YO RECONOZCO Y DECLARO QUE DEBO Y PAGARE DENTRO DEL PLAZO DE 30 DIAS A CARLOS FERNANDO MARTINEZ UMANZOR LA CANTIDAD EN DOLARES QUE APARECE COMO TOTAL EN EL PRESENTE DOCUMENTO POR MERCADERIAS O SERVICIOS QUE EN ESTA FECHA HE RECIBIDO. EN CASO DE MORA PAGARE EL 3% DE INTERES MENSUAL Y RENUNCIO AL DERECHO DE APELACION QUE ME CONFIERE LA LEY ANTE CUALQUIER ACCION JUDICIAL.

HECHO POR NOMBRE:

NIT, DUI O PASAPORTE: F. RECIBIDO / SELLO RECIBIDO

SUB-TOTAL (-) 1% IVA RETENIDO V. NO SUJETAS V. EXENTAS VENTA TOTAL 490.99

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES

DUPLICADO-CLIENTE

E. Danilo

FORMULARIOS STANDARD, S.A. DE C.V., CALLE CHAPARRASTIQUE, No. 5-A8, ZONA IND. STA. ELENA, ANT. CUSCUTLAN, LA LIBERTAD. PBX: 2625-3500 NRC-4040-1 NIT: 0614-030288-102-6

ALTOREPORCION DE IMPRENTA No. 0059-091 DE FECHA 24/08/1982. TRPALE: 20SD000F25601 - 20SD000F-01000 RESOLUCION No. 13941-RES-14-1408-2020 DEL: 27/06/2020



CARLOS FERNANDO MARTINEZ UMANZOR
 NRC: 169270-6 GIRO: VENTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS
 Y MEDICINALES NIT: 0614-180278-111-8
 DIRECCION: 1a. AVENIDA NORTE, BO. SAN MIGUELITO, # 838 SAN SALVADOR
 DISTRIBUIDORES AUTORIZADOS
 DAR GRACIAS A JEHOVA PORQUE EL ES BUENO SALMOS 118-1



FACTURA
 20SD000F
No. 27438
 NRC: 169270-6
 NIT: 0614 - 180278 - 111 - 8

FORMULARIOS STANDARD. S.A. DE C.V. CALLE CHAPARRASTIQUE, No. 5-AB, ZONA IND. SIT. ELEVA. ANT. CUSCATLAN, LA LIBERTAD. PRX. 2525-3800 NRC: 4040-1 NIT: 0614-600289-102-6

ALCALDIA MUNICIPAL DE SAN PABLO TACACHICO
 CLL PPAL Y AVE JOSE SN PABLO TACACH
 ICO ALCALDIA MUNICIP,

027438

14/07/2020

CONTADO TEL.2445-9800 10296 11 ESMERALDA

CODIGO	CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VTAS. NO SUJETAS	VENTAS EXENTAS	VENTAS GRAVADAS
424	25	ANOXICILINA SUSP.250 MG."SM"	1.85000			46.25
198	25	TRIMETROPRIN SUSP.100ML."SM"	1.25000			31.25
26	50	CATETER NIPPRO"22"6.	0.55000			27.50
3168	25	DESCARTABLE"DOBLE ENCA" NIPRO	0.40000			10.00
 Call Center: 2237-5500 Tu farmacia amiga... MEDICINAS CON EL 10% DE DESCUENTO Oriente: 2660-4207						
LLENAR EN OPERACIONES SUPERIORES O IGUALES A \$200.00						115.00

SON: Ciento Quince 00/100 Dolares

YO RECONOZCO Y DECLARO QUE DEBO Y PAGARE DENTRO DEL PLAZO DE 30 DIAS A CARLOS FERNANDO MARTINEZ UMANZOR LA CANTIDAD EN DOLARES QUE APARECE COMO TOTAL EN EL PRESENTE DOCUMENTO POR MERCADERIAS O SERVICIOS QUE EN ESTA FECHA HE RECIBIDO. EN CASO DE MORA PAGARE EL 3% DE INTERES MENSUAL Y RENUNCIO AL DERECHO DE APELACION QUE ME CONFIERE LA LEY ANTE CUALQUIER ACCION JUDICIAL.

NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES

HECHO POR: **414**
 NOMBRE: _____
 NIT, DUI O PASAPORTE: _____
 F. ENTREGADO AUTORIZADO: _____
 F. RECIBIDO / SELLO RECIBIDO: _____

SUMAS	115.00
(-) 1% IVA RETENIDO	
SUB-TOTAL	
V. NO SUJETAS	
V. EXENTAS	
VENTA TOTAL	115.00

DUPLICADO-CLIENTE

Eo Donelo

AUTORIZACION DE IMPRESION No. 0059-0201 DE FECHA 24/08/1992 TIRAJE 2850000725001 - 2850000740000 RESOLUCION No. 1904-RES-14-1408-2020 DEL 21/05/2020