

Asofarma de México, S.A. de C.V.

PLANTA Y DOMICILIO FISCAL
 Calz. México Xochimilco No. 43
 Col. San Lorenzo Huipulco C.P. 14370
 México D.F. Tels. 55130660 55130044

OFICINAS
 Periferico Sur No. 5358 Col. Olimpica
 C.P. 04710 México D.F. Tel. 54248500
 Fax 51715250 Ventas 54248600

R.F.C.	AME9006135H0
FACTURA	
FAC-26906	

REGIMEN FISCAL		Regimen General de Ley Personas Morales	LUGAR, FECHA Y HORA DE EMISION	
		MEXICO D.F.	21/07/2015 17:37:12	
No. DE CERTIFICADO	METODO DE PAGO	BANCO	CUENTA	Versión
00001000000301076706	TRANSFERENCIAS ELECTRONICAS DE FONDOS	SANTANDE	9605	3.2

CLIENTE No.	CLIENTE	FARMACOS NACIONALES, S.A DE CV. DR. PASTEUR #93 COL. DOCTORES DELEGACION CUAUHEMOC, D.F. 06720	MEXICO
30281			

R.F.C.	CONSIGNATARIO	FARMACOS NACIONALES, S.A DE HELIO #102 CIUDAD INDUSTRIAL VILLAHERMOSA, CENTRO, TABASCO 86010 C.P.,
FNA951220DA9		

No. PEDIDO	No. DE IDENTIFICACION FISCAL EXTRANJEROS	ORDEN DE VENTA	CONDICION DE PAGO	FORMA DE PAGO
547105		OV243170	FACTURA A 60 DIAS	PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION

CLAVE	DESCRIPCION	LOTE	FECHA CADUCIDAD	U.M.	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	% DESC	IMPORTE
7501303433500	LUCIARA 200ML CREMA 1 POMO	YY00CCP	01/18	PZA *	66.00	313.37	0	20,682.42
<p>NOTIFICACIONES DE RECIBO DE MERCANCIA REGIONES CIRCULADAS /</p> <p><input type="checkbox"/> PRODUCTO NO SOLICITADO _____</p> <p><input type="checkbox"/> ENTREGA DE MAS (NO FACTURADO) _____</p> <p><input type="checkbox"/> EXCEDENTE DEL PEDIDO ORIGINAL _____</p> <p><input type="checkbox"/> PRODUCTO FALTANTE _____</p> <p><input type="checkbox"/> PRODUCTO MAL SUJETO _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PRODUCTO EN MAL ESTADO <u>4</u></p> <p><input type="checkbox"/> PROXIMO A CADUCAR _____</p> <p><input type="checkbox"/> ERROR CODIGO DE BARRAS _____</p> <p>EL OPERADOR SE LLEVA LA MERCANCIA <u>Si</u></p> <p>_____ NOMBRE Y FIRMA</p> <p>PLACAS _____</p> <p>OBS _____</p>								
Observaciones:						Subtotal		20,682.42
						Descuento		
						IVA 0%		0.00
						* IVA 16%		3,309.19
						TOTAL		23,991.61

Observaciones:		Total de Articulos:	66
importe con Letra:		VEINTITRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS 61/100 M.N.	

CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACION DIGITAL SAT:
 ||1.0|85D2C1D3-725A-4B9D-858A-D0412A3AE30F|2015-07-21T17:37:25|Udg1g0HC29wcozYn2XymEV8dFkObg3J6OXDU03P1T4XmWnIn8ci7E2IWwd9/tME5Bp/gTeKiK4m71/IawwFLIFHFAIUTXqWZ6CPXeswoVWYIU1J2R+HR1EnP74QoneAbrCcXJ9Sn5uzMb+38ZTTnDwcr2QsTHLtrv1Wg+n5hVao=|00001000000201455572||

FOLIO FISCAL: 85D2C1D3-725A-4B9D-858A-D0412A3AE30F
 FECHA Y HORA DE CERTIFICACION: 2015-07-21T17:37:25
 No. CERTIFICADO SAT: 00001000000201455572
 SELLO DEL SAT: SOLfj7q1yQBM20wrg4xWwSiw1vymBYdzOqWcGO0xaFag1OSq6dFCm0G3Y8A84YNVDMVK2q7Xev2IK87GpewCOP
 PB2jsA7MylLXJwf56o5jDeLYe7YxxsU5D69dVDHsg5JX204CC6LPE1u0rkQE1ZuB8HXBgLODMaH9aUVUrTY=
 SELLO DIGITAL DEL CFDI: Udg1g0HC29wcozYn2XymEV8dFkObg3J6OXDU03P1T4XmWnIn8ci7E2IWwd9/tME5Bp/gTeKiK4m71/IawwFLIFH
 FAIUTXqWZ6CPXeswoVWYIU1J2R+HR1EnP74QoneAbrCcXJ9Sn5uzMb+38ZTTnDwcr2QsTHLtrv1Wg+n5hVao=



NO HAY DEVOLUCION EN PRODUCTOS ONCOLOGICOS

En la ciudad de México; Distrito Federal, a _____ del mes de _____ del 201 _____
 Debo(emos) y pagare(emos), incondicionalmente por este PAGARE a la orden de ASOFARMA DE MEXICO, S.A. DE C.V.
 en la ciudad de México, D.F. el día _____, la cantidad asignada en la presente factura pagaré, valor recibido a mi
 entera satisfacción, y en el caso de no ser pagado a su vencimiento, causará interes moratorios al tipo del 10%

Acepto(amos)

 Firma