



NTA Logistics de México S.A. de C.V.

Av. Gustavo Baz No. 109,
Col. San Pedro Barrientos
Tlalneapantla, Edo. de México, C.P. 54010
Tel.: 53-17-07-77 * 55-65-96-49 * 01-800-614-59-79



EMPRESA
SOCIALMENTE
RESPONSABLE®

A 441772

Fecha	Origen	Destino	Tipo de tarifa	
		VSA	Kg	Piezas
30-Jul-2014	IZTAPALAPA	VILLAHERMOSA		
Remitente	IZTAPALAPA	Consignatario		
Nombre		Nombre		
Dirección	ASOFARMA P.T.	Dirección		
Colonia	CALZ. MEXICO XOXCHIMILCO 43	Colonia		
Estado		Estado		
Contenido	SAN LORENZO	Características del envío		
Piezas	Medicamento	Peso		

Observaciones	Pedido	☐ Se reciben cajas cintas y sellos originales de Laboratorio.
MED SECO PRODUCTO TERMINADO	OV219437-38-39	☐ Se recibe a detalle completo y en buen estado
HRS	FAC-11233-34-35	☐ Se recibe factura original
Recibí: Fecha	Nombre(s)	☐ Se recibe carga a caja cerrada

jpacheco	FARMACOS	CLIENTE
----------	----------	---------

☐ PRODUCTO FALTANTE		
☐ PRODUCTO MAL SURTIDO		
☒ PRODUCTO EN MAL ESTADO		
☐ PROXIMO A CADUCAR		
☐ ERROR CODIGO DE BARRAS		
EL OPERADOR SE LLEVA LA MERCANCIA		
Observaciones:	PLACAS	
	OBS	
Total de Artículos:	53	
Subtotal		29,887.76
Descuento		
IVA 0%		0.00
TOTAL		29,887.76

Importe con Letra: VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS 76/100 M.N.

CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACION DIGITAL SAT:	
[11.0]5C2E5DA9-7684-4070-9EC5-B756BAB6AF55(2014-07-30T11:00:57)SjeQRKQUMF364PFHJJQU1Jkg1izGmn30sQ6ZQMwB6pD39CM800aFJhqcHAWgTBSIUWp4ViMFRt8tmUahlodVEXi+XbJhbd50PoCe7oUY2nZGx6tXPT4hzzYChDn49f+1kL4fhnmYJUK40k jftQhdc1XES30dbzQk1pDK3cmc=[00001000000201455572]	
FOLIO FISCAL:	5C2E5DA9-7684-4070-9EC5-B756BAB6AF55
FECHA Y HORA DE CERTIFICACION:	2014-07-30T11:00:57
No. CERTIFICADO SAT:	00001000000201455572
SELLO DEL SAT:	B9mnpPRIRcLCVyzJoLdVJdaCJZjcyQhP3RHphoo3oGvEkBSOW1RFwN3AuYhkk+6VWY8NXBpHVgz18sP3Fg008TjyiUXCNRpEi8WedIEPMK63FSvWhNHGEYK3Ppu08hsDFNYQ7rymuORJxppgpLyivOo1qEPkR2HpmN2qHSM=
SELLO DIGITAL DEL CFDI:	SjeQRKQUMF364PFHJJQU1Jkg1izGmn30sQ6ZQMwB6pD39CM800aFJhqcHAWgTBSIUWp4ViMFRt8tmUahlodVEXi+XbJhbd50PoCe7oUY2nZGx6tXPT4hzzYChDn49f+1kL4fhnmYJUK40k jftQhdc1XES30dbzQk1pDK3cmc=



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 PAGARÉ 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 intereses moratorios al tipo del 10%

Acepto(amos)

Firma