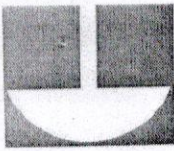


Asofarma de México, S.A. de C.V.



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-17893

REGIMEN FISCAL		Regimen General de Ley Personas Morales		LUGAR, FECHA Y HORA DE EMISION	
MEXICO D.F.		17/12/2014 11:17:51		Versión	
No. DE CERTIFICADO	METODO DE PAGO	BANCO	CUENTA		
00001000000301076706	TRANSFERENCIAS ELECTRONICAS DE FONDOS	SANTANDE	9605	3.2	

CLIENTE No.	CLIENTE	FARMACOS NACIONALES, S.A DE CV. DR. PASTEUR #93 COL. DOCTORES DELEGACION CUAUHTEMOC, 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
487544		OV229781	FACTURA A 60 DIAS	PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION

CLAVE	DESCRIPCION	LOTE	FECHA CADUCIDAD	U.M.	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	% DESC	IMPORTE	
7730979095372	GLANIQUE 1.5MG X1 CMP	73908	07/16	PZA	2,096.00	0.00	0	0.00	
<p>NOTIFICACIONES DE RECIBO DE MERCANCIA</p> <p>REGLOS CIRCULADOS 7</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 SURTIDO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PRODUCTO EN MAL ESTADO 2</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 SI</p> <p>NOMBRE Y FIRMA</p> <p>PLACAS</p> <p>OBS</p>									
Observaciones:					Total de Articulos:	2096		Subtotal	0.00
								Descuento	0.00
								IVA 0%	0.00
								TOTAL	0.00

FARMACOS NACIONALES, S.A. de C.V.
SUC. VILLAHERMOSA
RECEPCION DE MERCANCIA
26 DIC 2014
 CAJAS _____ HORA _____
 SUJETO A LO SIGUIENTE:
 CUALQUER CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE COMPRA PACTADAS ASÍ COMO LA INSPECCION DE LA MERCANCIA ESTARAN SUJETAS A NUESTRA REVISION Y APROBACION.

Federico



CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACION DIGITAL SAT:
 111_01A779D564-DC27-4E30-990C-E9051F128388|2014-12-17T11:22:08|I6fb532Sg0ZH12Dwh9cyan7vC+UENwz/cTKHN3pSD39MmJx5IKZrVVoyicz0PCQml0
 1LDuXz/UsdHEmYdBgUcwRDe511DOU2FIUv1fPXcoN7HJqoS/o/MVxS8hZ511+11gLvQGR9gJPG+Tr9vv6YaSrwqn4Un0Gp1/X2Zt1t24=|00001000000201455572|

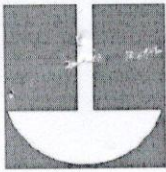
FOLIO FISCAL: A779D564-DC27-4E30-990C-E9051F128388
 FECHA Y HORA DE CERTIFICACION: 2014-12-17T11:22:08
 No. CERTIFICADO SAT: 00001000000201455572
 SELLO DEL SAT: YpumwU4Tum+oQNItaja78vUxCVK/sdnBuSRG2OEBv7umoUH0cG9kh6AHn+ZGy3vKeYvNhdokDeKuzCGglzDAW
 OlprGcavoYCr0li8p2d6ilgmYy5dua46984N53ApSEBnyOz86OQ/2ne5RzJlkZaSiT+4fucKbb6Sx0FOL6Q=
 SELLO DIGITAL DEL CFDI: I6fb532Sg0ZH12Dwh9cyan7vC+UENwz/cTKHN3pSD39MmJx5IKZrVVoyicz0PCQml01LDuXz/UsdHEmYdBgUcw
 RDe511DOU2FIUv1fPXcoN7HJqoS/o/MVxS8hZ511+11gLvQGR9gJPG+Tr9vv6YaSrwqn4Un0Gp1/X2Zt1t24=

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



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-17975	

REGIMEN FISCAL		Regimen General de Ley Personas Morales	LUGAR, FECHA Y HORA DE EMISION	
			MEXICO D.F.	17/12/2014 18:39:48
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 CUAUHTEMOC, 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
487544		OV229781	FACTURA A 60 DIAS	PAGO EN UNA SOLA EXHIBICION

CLAVE	DESCRIPCION	LOTE	FECHA CADUCIDAD	U.M.	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	% DESC	IMPORTE
7730979095372	GLANIQUE 1.5MG X1 CMP	73908	07/16	PZA	1,500.00	100.70	0	151,050.00
7501871721184	ARIZIC 100 MG X 28 CMP OFR (1+1)	72642	01/16	PZA	16.00	662.48	0	10,599.68
7501871721184	ARIZIC 100 MG X 28 CMP OFR (1+1)	72642	01/16	PZA	6.00	0.00	0	0.00

FARMACOS NACIONALES, S.A. de C.V.
SUC. VILLAHERMOSA
RECEPCION DE MERCANCIA
26 DIC 2014

CAJAS: _____
 HORA: _____
 SUJETO A LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE COMPRA FACTURAS ASÍ COMO LA INSPECCIÓN DE LA MERCANCIA ES RESPONSABILIDAD DE NUESTRA REVISIÓN Y APROBACIÓN

Federico Gonzalez

Observaciones:	Total de Artículos:	1522	Subtotal	161,649.68
			Descuento IVA 0%	0.00
			TOTAL	161,649.68

Importe con Letra: CIENTO SESENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS 68/100 M.N.

CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACION DIGITAL SAT:
 ||11.0|F794C453-1980-49B8-A79F-CA836DDE0680|2014-12-17T18:44:13|BBqQ8cCa4d3iT70Ayr10/F/qmkXdnNoVZ6CcLmZLLeZefTzahGI87db0JfSMN0t1dd
 o+KDiVL3UR11YbGbJhZ0qeh64eFXKZ1oM7TKwQxfZgYdf993MyiAfU5oUKGxPQXk42v1vUjYBI8MAyFd00bEL5Mu00T+Kgxh+ifhX+mcs=|00001000000201455572||
FOLIO FISCAL: F794C453-1980-49B8-A79F-CA836DDE0680
FECHA Y HORA DE CERTIFICACION: 2014-12-17T18:44:13
No. CERTIFICADO SAT: 00001000000201455572
SELLO DEL SAT: kIi0SILKJHbiu7qnNSWncmWEGf/ceiEOKJLsk++fKGE5DoajIK3CZ1kVn8EWAfvyRuEV/R3ZVCD+bttyaUle0R
 e4ysoQbzQDRWXB/vb8ghxQ/mE4DEK0+UL/ymF+gDvzCdr15B/kjEKv3SK5J2fvpMXTQxjthxvd5qRqzjy118=
SELLO DIGITAL DEL CFDI: BBqQ8cCa4d3iT70Ayr10/F/qmkXdnNoVZ6CcLmZLLeZefTzahGI87db0JfSMN0t1dd+KDiVL3UR11YbGbJhZ0q
 eH64eFXKZ1oM7TKwQxfZgYdf993MyiAfU5oUKGxPQXk42v1vUjYBI8MAyFd00bEL5Mu00T+Kgxh+ifhX+mcs=



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 interes moratorios al tipo del 10%

Acepto(amos)

Firma