

DISTRIBUIDORA A5 EXPRESS, S.A. DE C.V.
R.F.C. : DAE100108HL7

ANTONIO BRAVO No. 75 COL. ANALCO
GUADALAJARA, JALISCO C.P. 44450
TEL: 3613-4399, 3613-7754
REGIMEN GENERAL PERSONA MORAL

Factura
Folio: DAE 5691
Fecha: 28/Sep/2017
Hora: 13:13:19
Folio Fiscal:
7B1FC04E-CAD5-46BD-9010-7A847BEAC427

Folio de Referencia: 5216

Lugar de expedición: ANTONIO BRAVO 75, 44450, Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

| | | |
|--|-----------|-------------------------------|
| INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD | | CLAVE: CHIH111 |
| ICS8708256C8 | | |
| AV. INDEPENDENCIA 291 | | |
| Hidalgo del Parral Centro | CP: 33800 | METODO DE PAGO: Transferencia |
| Hidalgo del Parral, Chihuahua, México | | CUENTA DE PAGO: 1644 |
| TEL: 627 523 0904 | | |

| Cantidad | Unidad | Clave | Descripción | Valor unitario | Laboratorio | Importe |
|----------|--------|-----------|---|----------------|-------------|------------|
| 8.00 | PZA | 040013201 | NALBUFINA 10MG/ML SOL INY C/5 AMP Lote: B17Y818 Fecha Caducidad: 30-05-20 | \$278.19 | PISA | \$2,225.52 |

| | | |
|--|------------------|-------------------|
| IMPORTE CON LETRA dos mil doscientos veinticinco Pesos 52/100 M.N. | Subtotal: | 2 225.52 |
| | I.V.A.: | 0.00 |
| | Total: | \$2,225.52 |

SELLO DIGITAL CFDI:

SELLO DIGITAL SAT:

CADENA ORIGINAL DE CERTIFICACION DIGITAL DEL SAT:

CERTIFICADO SAT: 00001000000404486074

Recibi
03/10/17
LORENA LÓPEZ C
Capturado
06/10/17

No. de Serie del CSD: 00001000000404486074 *Efectos fiscales al pago.



Este documento es una representación grafica de un CFDI
Debo y Pagare a la orden de DISTRIBUIDORA A5 EXPRESS, S.A. DE C.V. en esta ciudad de GUADALAJARA, JALISCO el día 28/Sep/2017 la cantidad de 2225.52, dos mil doscientos veinticinco Pesos 52/100 M.N., valor de mercancía recibida de entera conformidad, al recibo total de la mercancía causando un interes moratorio del 9% mensual mas gastos de cobranza, pagadero en esta ciudad justamente con el principal. Este pagare es mercantil y esta regido por la ley de titulos y operaciones de credito en su articulo 173 parte final por no ser pagare domiciliado y articulos correlativos.
DEUDOR, INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD, AV. INDEPENDENCIA, 291

RECIBI DE CONFORMIDAD: _____

La reproduccion apocrifa de este comprobante constituye un delito en los terminos de las disposiciones fiscales

DR. FEDERICO HIDALGO HERNANDEZ
DIRECTOR
LIC. SANDRA YANET BUENO GARDEA
ADMINISTRADORA

Cap 47

SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD
SUFICIENCIA PRESUPUESTAL



DISTRIBUIDORA AS EXPRESS, S.A. DE C.V.

DATOS DEL PROVEEDOR:
DATOS DE FACTURACION:
DATOS DE LA REQUISICION:

790

| HOSPITAL | FECHA | CANT. CONTABLE | NUM. ORDEN DE COMPRA | PROVEEDOR | BIEN/SERVICIO | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | P. UNITARIO | IVA | TOTAL CON IVA |
|-------------|------------|----------------|----------------------|--|-------------------------------------|------------------|----------|-------------|------|---------------|
| HOSPITAL DI | 20/09/2017 | 2532 | 572 | DISTRIBUIDORA AS EXPRESS, S.A. DE C.V. | HIDROCORTISONA 500 MG AMP 0475 C/50 | PIEZA | 1 | \$ 3,450.00 | \$ - | \$ 3,450.00 |
| HOSPITAL DI | 20/09/2017 | 2532 | 572 | DISTRIBUIDORA AS EXPRESS, S.A. DE C.V. | FOSFATO Y CITRATO ENEMA 1277 | PIEZA | 10 | \$ 58.28 | \$ - | \$ 582.80 |
| HOSPITAL DI | 20/09/2017 | 2532 | 572 | DISTRIBUIDORA AS EXPRESS, S.A. DE C.V. | VITAMINA E 2715 | PIEZA | 1 | \$ 88.20 | \$ - | \$ 88.20 |
| HOSPITAL DI | 20/09/2017 | 2532 | 572 | DISTRIBUIDORA AS EXPRESS, S.A. DE C.V. | CLORURO DE SODIO INY 1000 ML 3610 | PIEZA | 50 | \$ 22.58 | \$ - | \$ 1,129.00 |
| HOSPITAL DI | 20/09/2017 | 2532 | 572 | DISTRIBUIDORA AS EXPRESS, S.A. DE C.V. | SOL HARTMAN INY 500 ML 3615 | PIEZA | 1500 | \$ 27.13 | \$ - | \$ 40,695.00 |
| HOSPITAL DI | 20/09/2017 | 2532 | 572 | DISTRIBUIDORA AS EXPRESS, S.A. DE C.V. | AGUA INY 10 ML C/100 3674 | PIEZA | 10 | \$ 390.00 | \$ - | \$ 3,900.00 |
| HOSPITAL DI | 20/09/2017 | 2532 | 572 | DISTRIBUIDORA AS EXPRESS, S.A. DE C.V. | INALBUFINA SOL INY C/5 0131 | PIEZA | 8 | \$ 278.19 | \$ - | \$ 2,225.52 |
| TOTAL | | | | | | | | | | \$ 52,070.52 |

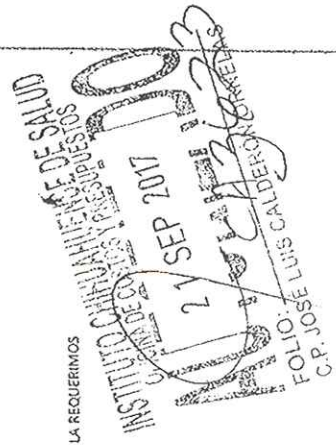
NOTA:
CAF HP INTR/0047/2017

- *DATOS DEL PROVEEDOR, FACTURACION Y REQUISICION: SEGUN EL ORDEN Y CONTENIDO QUE PARA SU CONTROL INTERNO CONVENGA, ESA INFORMACION Y LA QUE SE PONGA EN EL ENCABEZADO NOSOTROS NO LA REQUERIMOS
- *LA FECHA: DIA - MES - AÑO, CON NUMERO ARABIGO SIN LETRAS
- *CUENTA CONTABLE: CUATRO DIGITOS AL NIVEL QUE SE LES ENVIO SU PRESUPUESTO
- *NUMERO DE ORDEN DE COMPRA: SEGUN SU CONTROL INTERNO
- *PROVEEDOR: CREAM SU CATALOGO PARA QUE EL PROVEEDOR SE LLAME "SIEMPRE IGUAL", NO ES ACEPTABLE PROVEEDOR 2: "COMERCIAL EXPRESS" Y PROVEEDOR 2: "COM. EXP."
- *BIEN/SERVICIO: ESCRITO EN UNA SOLA CELDA DE EXCEL SIN ABREVIATURAS Y SIN COMENZAR CON LA UNIDAD DE MEDIDA
- *UNIDAD DE MEDIDA: LA PALABRA COMPLETA, SIN PUNTOS Y SIN ABREVIATURAS
- *NOTAS: LA INFORMACION QUE EN LO PARTICULAR APUQUE COMO OBSERVACION O ACLARACION PARA LA COMPRA, EN CASO DE COMPRAS PARA UN PACIENTE, INCLUIR AQUI EL NOMBRE DEL MISMO
- *LLENAR TODAS LAS CELDAS DEL RENGLO A UTILIZAR EN EL ORDEN INDICADO, EN EL CASO DEL IVA NO APLICABLE PONER CERO CON NUMERO

FIRMA COMPRADOR:
ROSA M. FRANCO TORRESDEY

FIRMA ADMINISTRADOR:
SANDRA YANET BUENO GARDEA

FIRMA DIRECTOR:
DR. FEDERICO HIDALGO HERNANDEZ



Este campo es obligatorio

Verificar CFDI

* Datos obligatorios

| RFC del emisor | Nombre o razón social del emisor | RFC del receptor | Nombre o razón social del receptor |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| DAE100108HL7 | DISTRIBUIDORA A5 | ICS8708256C8 | INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE SALUD |
| Folio fiscal | Fecha de expedición | Fecha certificación SAT | PAC que certificó |
| 7B1FC04E-CAD5-46BD-9010-7A847BEAC427 | 2017-09-28T13:13:19 | 2017-09-28T13:13:24 | MAS0810247C0 |
| Total del CFDI | Efecto del comprobante | Estado CFDI | |
| \$2,225.52 | ingreso | Vigente | |

Imprimir



Chihuahua
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO

| | |
|-------------------|---------------------|
| AREA SOLICITANTE: | RECURSOS HUMANOS |
| HOSPITAL: | GINECO OBST. PARRAL |

REQUISICION Y/O ☐ TABLA COMPARATIVA DE COTIZACIONES

| | |
|------------------|---------------------|
| NOMBRE Y FIRMA | LORENA LOPEZ CORRAL |
| AREA SOLICITANTE | |

| | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| FECHA DE EMISION Y/O | <input type="checkbox"/> | TABLA COMPARATIVA DE COTIZACIONES |
| NOMBRE Y FIRMA | | LORENA LOPEZ CORRAL |
| | | AREA SOLICITANTE |

| | |
|-----------------|------------|
| ORDEN DE COMPRA | 572 |
| HOJA | 1 DE 1 |
| FECHA | 28/09/2017 |

| | |
|-----------------|------------|
| ORDEN DE COMPRA | 572 |
| HOJA | 1 DE 1 |
| FECHA | 28/09/2017 |

[illegible]

DR. FEDERICO HIDALGO HERNÁNDEZ

DIRECTOR

LIC. SANDRA YANET BUENO GARDEA
ADMINISTRADORA