



OXIGENO MEDICINAL Y ACCESORIOS MEDICOS

Emilio Carranza #68 Col. Centro C.P. 60000
Uruapan Michoacán, Tels. 452 523 2745 y
452 523 9532, R.F.C. OMA 040202 UJ3,
Régimen General de Ley Personas Morales

FECHA: 2026-05-18T14:01:19	VERSION: 4.0
SERIE: A	FOLIO: 450866
COMPROBANTE FISCAL DIGITAL: (I) Ingreso	
USO DE CFDI: (G03) Gastos en general.	
FORMA PAGO: (99) Por definir	
METODO PAGO: (PPD) Pago en parcialidades o diferido	
CONDICION: CREDITO	MONEDA: MXN
EXPEDIDO: 60000	EXPORTACION: 01
VENDEDOR: 17	ERIC DAVID

DATOS DEL CLIENTE: 6257

AGROEXPORT INTERNACIONAL

CALLE: LAZARO CARDENAS #69, CP: 60230, JUCUTACATO, URUAPAN, MICHOACAN DE
OCAMPO, TELEFONO: 50 2 0415

R.F.C. AIN150303D75

REGIMEN: (601) General de Ley Personas Morales

Cantidad	Un. Med.	Clave	Descripción	Cve SAT	Cve Unidad	Val. Unit.	Importe
1	PZA	BANQUETA 2 PELDA	BANCO GUZMAN 2 PELDAÑOS	42251602	H87	1,200.00	1,200.00
	02	ALM: 1	Impuesto: 002 Factor: Tasa Cuota: 0.1600 Importe: 192.00	Lote del producto: SL		Caducidad:	
1	PZA	BAS-160	BASCULA CLINICA NUEVO LEON ALTIMET 160KG	41111508	H87	5,300.00	5,300.00
	02	ALM: 1	Impuesto: 002 Factor: Tasa Cuota: 0.1600 Importe: 848.00	Lote del producto: SL		Caducidad:	
1	PZA	300279	RECOLECTOR PUNZOCORTANTE BD 1.4LT	42142531	H87	103.44	103.44
	02	ALM: 1	Impuesto: 002 Factor: Tasa Cuota: 0.1600 Importe: 16.55	Lote del producto: 24A06		Caducidad: 31/03/2030	

Total con Letra: SIETE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS 99/100 M.N.

Observaciones:

FACTURA DE ORDEN DE COMPRA 10483

SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL 16%	6,603.44
IVA 16%	1,056.55
TOTAL	7,659.99



Este documento es una representación impresa de un CFDI

Folio Fiscal: 5F5CFA2D-DD4D-410B-893A-8F0195F0A1F3

Fecha y hora de certificación: 2026-05-18T14:01:29

Sello digital del CFDI:

DOZRb0NwMUcVFQY Eo/gLpjoF6P5Rmjl+cv TtCqMw/Hc6p7R81lePx4OLi7Aa9Y3huCwKItl67QXoEg
0h7v ckcM5v x27UzX+F6wg9Fi4bZ0FgTjID2/rdu7xJEmZkzy bgSmCYuQL+Djx9Uy RTx+XQPFL8Xcn8D/n
XhY Av J0wY gbpjD+hIZkskOdhLnar2xO4VZa45Z/kppaBbEblM2TBY G71IDGkmf0q+VGgbXAeAOzuhDqn
ZHuvJ AwVomDZ4W2v XQSbf SUGnpuy SeRw+K6B4bBw5A==

Número de serie del Certificado de Sello Digital : 00001000000711376625

Número de serie del Certificado de Sello Digital del SAT: 00001000000723806214

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT:

||1.1|5F5CFA2D-DD4D-410B-893A-8F0195F0A1F3|2026-05-18T14:01:29|TSP080724QW6|
DOZRb0NwMUcVFQY Eo/gLpjoF6P5Rmjl+cv TtCqMw/Hc6p7R81lePx4OLi7Aa9Y3huCwKItl67QXoEgXjamCTrqkM7mdDy u6isjH
0h7v ckcM5v x27UzX+F6wg9Fi4bZ0FgTjID2/rdu7xJEmZkzy bgSmCYuQL+Djx9Uy RTx+XQPFL8Xcn8D/nTRaVY Nw8G22APcukQXN
XhY Av J0wY gbpjD+hIZkskOdhLnar2xO4VZa45Z/kppaBbEblM2TBY G71IDGkmf0q+VGgbXAeAOzuhDqnXxo+0jWUbt2X09Q/pf/

Sello digital del SAT:

pB8QjAby 2geP0T1KSi38OGasUSh/VbWgNv UwoC6XZI7N3oZGOB9joMzJ1WhObBM0tXh4FqzX/UA+PdUjv rbe+v stgrf Odpy ewq
JuTMIWGTfI6KKjU1gqFwPWGjRkXixf N3CGJW7nWrk7OchnagqSVODinocmcLhshn1HVeF4oA/Qp4jFHaw1tG8lnw9MwPlqNeP/6W

SE ME EXPLICO EL FUNCIONAMIENTO Y SE ME VERIFICO QUE VIENE COMPLETO Y EN PERFECTO ESTADO EL PRODUCTO.

RECIBO DE CONFORMIDAD: _____

ENVIO A DOMICILIO GRATIS, EXCEPTO EQ. DE RENTA.

ESTE DOCUMENTO NO SERA RECONOCIDO COMO PAGADO, SI NO SE AVALA POR EL DEPARTAMENTO DE CREDITO Y COBRANZA

1.- EN MEDICAMENTOS DE REFRIGERACION NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES

2.- EN TODOS LOS APARATOS ELECTRONICOS LA GARANTIA SERA DE 3 MESES CONTRA DEFECTO DE FABRICA

Debo (emos) y pagaré (mos) incondicionalmente por este Pagaré a la orden de OXIGENO MEDICINAL Y ACCESORIOS MEDICOS S. A DE C. V en Emilio Carranza N° 68 Col. Centro Uruapan, Michoacán. O en cualquier lugar que se requiera, por la cantidad total que ampara esta factura. En caso de no ser pagada en la fecha de vencimiento causará un interés moratorio del 3 % mensual.

Los títulos de crédito dados en pago por el suscriptor, en los casos autorizados, serán recibidos bajo la condición " salvo buen cobro" . Con base en el Artículo de la ley General de Títulos de operaciones de crédito, OXIGENO MEDICINAL Y ACCESORIOS MEDICOS S.A DE C.V cobrará el 20% de indemnización por concepto de cheques devueltos.

La firma de cualquier empleado o dependiente del comprador al aceptar esta factura, obligara a esta a cubrir con todas las condiciones.

NOMBRE: _____

FIRMA DE ACEPTADO: _____