



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

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

FECHA: 2026-01-14T12:06:35	VERSION: 4.0
SERIE: A	FOLIO: 443156
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	

Cantidad	Un. Med.	Clave	Descripción	Cve SAT	Cve Unidad	Val. Unit.	Importe								
5	PZA	7503006698316	MICRODACYN OCULUS 120ML	51102700	H87	158.62	793.10								
02	ALM:	1	Impuesto: 002 Factor: Tasa Cuota: 0.1600 Importe: 126.90 Lote del producto: 209GC839				Caducidad: 30/06/2027								
Total con Letra: NOVECIENTOS VEINTE PESOS 00/100 M.N.															
<table border="1"> <tr> <td>SUBTOTAL 0%</td> <td>0.00</td> </tr> <tr> <td>SUBTOTAL 16%</td> <td>793.10</td> </tr> <tr> <td>IVA 16%</td> <td>126.90</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>920.00</td> </tr> </table>								SUBTOTAL 0%	0.00	SUBTOTAL 16%	793.10	IVA 16%	126.90	TOTAL	920.00
SUBTOTAL 0%	0.00														
SUBTOTAL 16%	793.10														
IVA 16%	126.90														
TOTAL	920.00														



Este documento es una representación impresa de un CFDI

Folio Fiscal: 94357FC0-1EC2-4441-91DD-E0AC0ADC4941

Fecha y hora de certificación: 2026-01-14T12:07:43

Sello digital del CFDI:

IWhY+Ef7npxeC+bnwFYAJbxYGMHKHrBUboVaNVvMntdbQZYV8Fnrx7LCEuTtODnaxWexHX+LSy e3FJH/6qqJTzE7nmSrb/L6DgW 5XQDRxN3Ql4z6Dd2+5O978z/lb5S11tqef gOjHCY8qFSFtV+95h53blr8oy jaQMSmp8NeNCGE8K86ED2 SbDWocwUtp5P0r111XBFIPOb5TutMczw2FY/GOb30zGNrW0j+N0AiPSei9/j9VwPJK5kyEvrqCHZZ84P2U 5xDlzLQT/tzJpUHiAg00alQ57zVzPSICb90k0zGWcA==

Número de serie del Certificado de Sello Digital : 00001000000711376625

Número de serie del Certificado de Sello Digital del SAT: 00001000000702693654

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT:

||1.1|94357FC0-1EC2-4441-91DD-E0AC0ADC4941|2026-01-14T12:07:43|TSP080724QW6| IWhY+Ef7npxeC+bnwFYAJbxYGMHKHrBUboVaNVvMntdbQZYV8Fnrx7LCEuTtODnaxWexHX+LSy e3FJH/6qqJTzE7nmSrb/L6DgW 5XQDRxN3Ql4z6Dd2+5O978z/lb5S11tqef gOjHCY8qFSFtV+95h53blr8oy jaQMSmp8NeNCGE8K86ED2 SbDWocwUtp5P0r111XBFIPOb5TutMczw2FY/GOb30zGNrW0j+N0AiPSei9/j9VwPJK5kyEvrqCHZZ84P2U 5xDlzLQT/tzJpUHiAg00alQ57zVzPSICb90k0zGWcA==

Sello digital del SAT:

F+SPV y KcCKWhFiCceZYuv CLHRtzqTsQsy pB6blsN+Bu0dbA8ZY7Fm/+EXxMbRGYogSs/2+y iFcPCg5SI3oHiniy SpNRYUBQ4jORx I++pMhXUv +MvtCzkt/9HQ33ERv wng9hf QAx/iNuC1tv aiOEClz/gZbBHrehqXr/INGJBhAFILs6Dd5J0ToGIPUhTspjpZf 6T+j

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: _____