

Factura

SERIE:

FOLIO: 5506

FECHA: 26/9/2015 07:00:56

Documento Válido

**SAGA HOSPEDAJE, S.A.
DE C.V.**

SHO101213LQ2 AVENIDA SALVADOR NAVA
MARTINEZ No. 1129 CONSTITUYENTES,
SAN LUIS POTOSI 78388
SAN LUIS POTOSI SAN LUIS POTOSI MEXICO
TEL: 8152311

REGIMEN: GENERAL DE LEY DE PERSONAS
MORALES.

Cliente: SERVICIOS DE SALUD DE SAN
LUIS POTOSI

R.F.C.: SSS960912HW9

Domicilio: PROLONGACION CALZADA DE GUADALUPE No. 5850

Teléfono:

Colonia: LOMAS DE LA VIRGEN

C.P.: 78380

Municipio: SAN LUIS POTOSI

Estado: SAN LUIS POTOSI

País: MEXICO

Cantidad	Unidad de Medida	Concepto / Descripción	Valor Unitario	Importe
1.00	NO APLICA	HOSPEDAJE	193.96	193.96

Importe con letra
DOSCIENTOS VEINTICINCO PESOS 00/100 M.N.

SUBTOTAL:	193.96
16% I.V.A.:	31.04
TOTAL:	225.00

C.P. Cynthia Olvera Tzucalante
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

FORMA DE PAGO: EFECTIVO

FIRMA DE CONFORMIDAD



Este documento es una representación impresa de un CFDI
*Efectos fiscales al pago
*Pago en una sola exhibición



SERVICIOS DE SALUD
DE SAN LUIS POTOSI
JURISDICCION SANITARIA No. V
CD. VALLES, S.L.P.

Serie del Certificado del emisor:	00001000000301931055
Folio fiscal:	FD655146-5F0F-4C21-B9E1-A1C223D62F35
No de Serie del Certificado del SAT:	00001000000202864883
Fecha y hora de certificación:	Septiembre 26 2015 - 07:01:00

**OPERADO
CON
FASSA
2015**

Sello digital del CFDI

SBxY+3S5i1wGoAKS64o9VdbHfmKiwc+RKGYPo87ZfoLa4GecYBIIEgk25nuEUN6z7o9rNnPlm9PY6AMM+jJfGU
Ci8FY6rzoJuQEm1VFKaLsJl11sr1QDEgg/tF7aB/Wu1O1lc3dlb5zi2H51fcddx9/8YgVv61C9+LTwp2pjpgw=

Sello del SAT

B+Bg3UsB/TiOEml1AYH4xGs9r2yqkT7x10SsSRBdIt+FoHJ9X/n2w6VgFV0asyrcrINGV6d/cCx3zdsv
ckjSasMo2ATMuKsEDayv IKmuIDK7qVntv2tahfHu++KCrCNgPgczM/qzmtBpWtYDo6XqV9gCoWYV1NO
61EU0mWE3tU=

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT

111.0|FD655146-5F0F-4C21-B9E1-A1C223D62F35|2015-09-26T07:01:00|SBxY+3S5i1wGoAKS6
4o9VdbHfmKiwc+RKGYPo87ZfoLa4GecYBIIEgk25nuEUN6z7o9rNnPlm9PY6AMM+jJfGU|Ci8FY6rzoJu
QEm1VFKaLsJl11sr1QDEgg/tF7aB/Wu1O1lc3dlb5zi2H51fcddx9/8YgVv61C9+LTwp2pjpgw=|0000
1000000202864883||

FIRMA DE CONFORMIDAD

FIRMA

NOMBRE *Olivia Cruz Martinez*

CARGO *Defensora de enfermeras*

USO *Hospedaje*

DEPTO *Primer Nivel*

Dra. Margarita Ibarra Villanueva
Jefa Jurisdicción Sanitaria No. V