



MOTEL POTOSÍ

COMPAÑIA HOTELERA TANGAMANGA, S.A.
CARR. CENTRAL KM 426 S/N COL. CENTRAL
ZONA HOTELERA C.P. 78399 SAN LUIS POTOSI, S.L.P.
R.F.C. HTA-801023-U35
RÉGIMEN GENERAL DE LEY PERSONAS MORALES
TELS: 818 25 56 Y 818 26 88

FACTURA
A 24427
FECHA LLEGADA
Agosto 20 2015
FECHA SALIDA
Agosto 21 2015 - 10:42:08

DATOS DEL CLIENTE:	HABITACIÓN
SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ PROLONGACION CALZADA DE GUADALUPE No. 5850 COL. LOMAS DE LA VIRGEN C.P. 78380 SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. SSS960912HW9 MÉTODO DE PAGO: EFECTIVO	39

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	P.UNITARIO	IMPORTE
1.00 DIA(S)	NO APLICA	HOSPEDAJE	302.520	302.52
IMPORTE CON LETRA TRESCIENTOS SESENTA PESOS 00/100 M.N.			SUBTOTAL \$	302.52
OBSERVACIONES:			I.S.H. \$	9.08
			I.V.A. \$	48.40
			TOTAL \$	360.00



C.P. Cynthia Ojeda Escalante
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

SERVICIOS DE SALUD
DE SAN LUIS POTOSÍ
JURISDICCIÓN SANITARIA No. V
CD. VALLES, S.L.P.

Dra. Margarita Ibarra Villanueva
Jefa Jurisdicción Sanitaria No V

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN PDF

*Efectos fiscales al pago *Pago en una sola exhibición

Folio Fiscal: EE99359A-2FA2-462A-AF55-595E8C59BCA3	Serie de Certificado: 00001000000202421260
No. Serie certificado SAT: 00001000000202864883	Fecha y hora de certificación: Agosto 21 2015 - 10:42:11



Sello digital del CFDI
X9YSsjqC5YUD0W7W6ksD5S7OgaCMfZrJ7W3Lk4PEeXyQYEWsPgDSv6eSb7wmDKDSdlGeDs0C+OymHtm3Jg6 qQJXKn14TIXIHU7PPIIJZqks/dRIKS2Jtdxpm4zmOFswztsr5sAd8z/rBhh6+QfaAYWDP1OPOeU2Dj30xjNI=
Sello del SAT
EKwB5+P0wYKMimUvYDAfZyXeaBDQyq6+g6uW9WmwFn5ZN5sgVxRIsK+kdlaGkaqlBvBQCOOS5RQ4/cW Jg4R8DSANgpcfCQwLJE117EIB9kseizB9vLEHgNIRBamNuLC255ERxDFIRKsC6X80nGz/68JV6e6nuyl 1WS0MwYXVOs=
Cadena original del complemento de certificación digital del SAT
1.0 EE99359A-2FA2-462A-AF55-595E8C59BCA3 2015-08-21T10:42:11 X9YSsjqC5YUD0W7W 6ksD5S7OgaCMfZrJ7W3Lk4PEeXyQYEWsPgDSv6eSb7wmDKDSdlGeDs0C+OymHtm3Jg6qQJXKn14TIX IHU7PPIIJZqks/dRIKS2Jtdxpm4zmOFswztsr5sAd8z/rBhh6+QfaAYWDP1OPOeU2Dj30xjNI= 0000 1000000202864883

OPERADO
CON
FASSA
2015

RECIBI DE CONFORMIDAD	
FIRMA	<i>[Signature]</i>
NOMBRE	Dra. Margarita Ibarra Villanueva
CARGO	Jefa de la Jurisdicción
USO	Hospedaje
OTRO	Factura