



COMERCIALIZADORA HEILSA S.A. DE C.V.

RFC: CHE1505276IA

Tipo de Comprobante: I - Ingreso
Lugar de Expedición: 78299
Régimen Fiscal: 601 - General de Ley Personas Morales

Forma de pago: 01 - Efectivo
Método de pago: PUE - Pago en una sola exhibición
Moneda: MXN - Peso Mexicano

Folio: RIO - 2929
Fecha: 19/2/2020 13:33:01

Datos del cliente

Cliente: MUNICIPIO DE RIOVERDE SLP
R.F.C.: MRS850101L1A
Domicilio: PLAZA CONSTITUCION No. LETRA I, RIOVERDE CENTRO, C.P. 79610, RIOVERDE, SAN LUIS POTOSI, MEXICO
Uso CFDI: G03 - Gastos en general

Table with 9 columns: Cantidad, Unidad, Clave Unidad SAT, Clave Producto/Servicio, Concepto / Descripción, Valor Unitario, Descuentos, Impuestos, Importe. Row 1: 1.00, PIEZA, H87 - Pieza, 51141900 - Tranquilizantes y fármacos ansiolíticos y antimaniacos, FARMAPRAM 2.0MG C/30 TAB, 540.00, 0.00, 002 - IVA - 0.00, 540.00

Importe con letra: QUINIENTOS CUARENTA PESOS 00/100 M.N.

Subtotal: 540.00
Impuestos Traslados: 0.00
Total: 540.00

CFDI Relacionado:
Tipo Relación: -
CFDI Relacionado:

52110 4110 111000 28



Serie del Certificado del emisor: 00001000000500258802
Folio fiscal: EDE6F3F2-2EAB-4A24-BD8A-2DACAB5047F7
No. de Serie del Certificado del SAT: 00001000000404486074
Fecha y hora de certificación: Febrero 19 2020 - 13:33:04

Este documento es una representación impresa de un CFDI

Sello Digital del CFDI

OIGP+z7idbkhLYjz4+/RL+dewUiA1Hu4737xXOSC4OGkuT+9e0Rf364abSG9QvdaG45IDMs6im3iK9ktDYF8DiU9/vgcrQ/B3iA+bF8Z/zqPvj8QsSzsmVzsNiXpFfZGVTCOtUgTlKTXBcVn1NRITIXsJeff6Doq3BbXBLQqNM9mdfSCIz+Cx7loiJM5F6ZMNSyic6yYNTFwVDhG/NhkwY/nMX4+hqkHaVIK5Zc+ePYqF8Y3PI4jvCG/VeE9sVOBUTzB+oAF9i0d1+ihnVPgZ1FQc32P1Lhc7rq2W1mVn6v262B/XocSPgl/eT1RmabUIIXhT5Fj1ugDOZ+Kak1A==

Sello del SAT

syD8Q9M6D03OkCRnX+8kwQ4pQVc62QNXR2IcTtigrYKmoqF92oHxmLwn5KxocKlgEbG2mXQwgqpyCe2TN05R7bv6ftEBGnT8Yc6pKEU8tzeM4rY0Qu+GsmYMDRS6hBFbA6w72KxPpLYQ7PRVAqROqyPEyP7N4VQVRMM6X+VhHSoPsVz/oGZtn/peI7zcVpExMMp6QufcInd7+JfCsQENEDGimL4m/wvPNUnshJJOTjzfmDRUuLFZH56mLL6zmmEKncHwFkpXRJHqEFTpZ3YO0mkIrfXPfINQ5/tXA8Vo7DzxIEZ5aGarFI8oh3Nz/5AtvewTAhC3KJLweKIFGWw==

Cadena original del complemento de certificación digital del SAT

||1.1|EDE6F3F2-2EAB-4A24-BD8A-2DACAB5047F7|2020-02-19T13:33:04|MAS0810247C0|OIGP+z7idbkhLYjz4+/RL+dewUiA1Hu4737xXOSC4OGkuT+9e0Rf364abSG9QvdaG45IDMs6im3iK9ktDYF8DiU9/vgcrQ/B3iA+bF8Z/zqPvj8QsSzsmVzsNiXpFfZGVTCOtUgTlKTXBcVn1NRITIXsJeff6Doq3BbXBLQqNM9mdfSCIz+Cx7loiJM5F6ZMNSyic6yYNTFwVDhG/NhkwY/nMX4+hqkHaVIK5Zc+ePYqF8Y3PI4jvCG/VeE9sVOBUTzB+oAF9i0d1+ihnVPgZ1FQc32P1Lhc7rq2W1mVn6v262B/XocSPgl/eT1RmabUIIXhT5Fj1ugDOZ+Kak1A==|00001000000404486074|

OPERADO RECURSOS FISCALES

En cualquiera de los formatos generados por la Secretaría General del H. Ayuntamiento de Rioverde, S.L.P., en los que se recaben datos de carácter personal, la Secretaría General será la Responsable de su tratamiento; así mismo, se les informa para poder ejercer cualquier derecho acceso, rectificación, cancelación u oposición (derecho ARCO), podrá ser solicitado directamente en la Unidad de Transparencia perteneciente a este H. Ayuntamiento de Rioverde, S.L.P., ubicado en el domicilio de Plaza Constitución s/n, Edificio A Planta Alta, Rioverde, San Luis Potosí.

RIOVERDE, S.L.P. A _____

ASUNTO: SOLICITUD

**M.V.Z. JOSE RAMON TORRES GARCÍA
PRESIDENTE MUNICIPAL DE
RIOVERDE, S.L.P.**

POR MEDIO DE LA PRESENTE LE ENVIAMOS UN ATENTO Y CORDIAL SALUDO, ASI MISMO SOLICITO SU VALIOSO APOYO CON

*Un medicamento para mi esposo Juan
Dianas quien se encuentra delicado de salud
y no tenemos quien nos ayude es x eso que
lo molesto*

SIN MAS POR EL MOMENTO, Y ESPERANDO VERME FAVORECIDA ME DESPIDO DE USTED.

ATENTAMENTE

M^a Lucía Rojas F.




NOMBRE: *M^a Lucía Rojas Flores*
DOMICILIO ACTUAL: *Jco. L. Madera s/n*
TEL O CEL: *San José del Tapanco*

RECIBIDO

19 FEB. 2020

OFICIALIA DE PARTES

000725


MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
 ROJAS
 FLORES
 MA. LUISA

FECHA DE NACIMIENTO
 28/04/1955

SEXO M




DOMICILIO
 C FRANCISCO I MADERO S/N
 LOC SAN JOSE DEL TAPANCO 79600
 RIOVERDE, S.L.P.



CLAVE DE ELECTOR RJFLMA55042824M400

CURP ROFL550428MSPJLS04 **AÑO DE REGISTRO** 1991 03

ESTADO 24 **MUNICIPIO** 024 **SECCIÓN** 0711

LOCALIDAD 0193 **EMISIÓN** 2015 **VIGENCIA** 2025



INE

028697108

Ma. Luisa Rojas F.

COMUNIDAD AJONOTAP MEXIQUITA
 SECRETARÍA EJECUTIVA DEL
 INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX1288585511<<0711051170144
5504282M2512314MEX<03<<01790<0
ROJAS<FLORES<<MA<LUISA<<<<<<<<

UNIDAD MÉDICA: H6N

DOMICILIO DE LA UNIDAD:

NOMBRE DE PACIENTE: Juan Días Delgado

EDAD: 75 años

FECHA: 17 febrero 2020

NO. EXPEDIENTE: 75601

DIAGNÓSTICO:

FOLIO / 1169842

SD

SP



RECETA MÉDICA

<p>NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO. <u>UN frasco con 30 tabletas Farmapraun (alprazolam)</u></p>	<p>CLAVE: <u>2 mg</u></p>
<p>NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO. <u>1 tableta de la noche por 2 veces.</u></p>	<p>CANTIDAD RECETADA:</p>
<p>NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO.</p>	<p>CANTIDAD SURTIDA:</p>
<p>NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO.</p>	<p>CLAVE:</p>
<p>NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO.</p>	<p>CANTIDAD RECETADA:</p>
<p>NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO.</p>	<p>CANTIDAD SURTIDA:</p>
<p>NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO.</p>	<p>CLAVE:</p>
<p>NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO.</p>	<p>CANTIDAD RECETADA:</p>
<p>NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, FRECUENCIA Y TIEMPO DEL TRATAMIENTO.</p>	<p>CANTIDAD SURTIDA:</p>

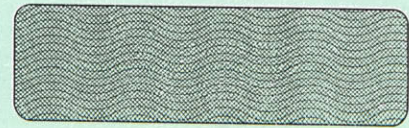
DR. J. ANTONIO AMADOR BLANCO
PSIQUIATRÍA
CED. PROF. 3176427 REG. SSA SLP 547187MCP6



NOMBRE Y FIRMA DE MÉDICO:

SELLO DE LA UNIDAD:

UNIVERSIDAD: CÉDULA PROFESIONAL:



LA DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS DEBERÁ SUJETARSE EstrictAMENTE AL CUADRO BÁSICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO.

COPIA A ARCHIVO

AGRADECIMIENTO

**M.V.Z. JOSE RAMON TORRES GARCIA
PRESIDENTE MUNICIPAL DE
RIOVERDE, S.L.P.**

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME DIRIJO A USTED, PARA AGRADECER SU VALIOSO APOYO
CON

*El medicamento que me dió y lo que
le agradezco mucho*

SIN MAS POR EL MOMENTO Y AGRADECIDO CON EL APOYO, ME DESPIDO DE USTED.

ATENTAMENTE

M^a Luisa Rojas Flores

NOMBRE: *M^a Luisa Rojas Flores*

DOMICILIO ACTUAL: *Car. I. S. padura sm*

TEL O CEL: *San José del Tapasco*