

FORMULARIOS STANDARD, S.A. DE C.V. (P.O. BOX 3500 SAN SALVADOR, EL SALVADOR)

PAGUESE A LA ORDEN DE: S. T. MEDIC SA. de C.V. LA SUMA DE: Sesenta y nueve 00/100 DOLARES



Handwritten signature and date: 17/02/2021

7461721

03:1001:00100160800379718224696

S.T. MEDIC S.A. DE C.V.

Servicios Técnicos Médicos, S.A. de C.V.

OFICINA CENTRAL TORRE ACTIVA, BLVD. LOS HEROES, 3er. NIVEL, LOCALES No. 1-6, SAN SALVADOR, EL SALVADOR. PBX: 2530-1000 Y TELEFAX: 2530-1099

SUCURSAL SAN MIGUEL AV. ROOSEVELT SUR # 220, COLONIA CIUDAD JARDIN FRENTE AL HOTEL TROPICO INN, SAN MIGUEL. TELS.: 2660-5640 / 2661-8353.

www.stmedic.com

FACTURA
20SD000F
No. 11359
NIT: 0614 - 090598 - 101 - 1
NRC: 106101 - 1

VENTA A CUENTA DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS DE USO PROFESIONAL Y CIENTIFICO

SEÑOR: ALCALDIA MUNICIPAL DE TEPETITAN

FECHA: 17/02/2021

DIRECCION:

N.I.T. o D.U.I.:

VENTA A CUENTA DE: QUEZADA CALDERON AIDA BERENICE

| CANTIDAD | DESCRIPCION | PRECIO UNITARIO | VENTAS SUJETAS | VENTAS EXENTAS | VENTAS GRAVADAS |
|----------|-------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|
|----------|-------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|

| | | | | | |
|---|---|-----------|--|--|---------|
| 1 | RIDI1364-107 [1] TENSIOMETRO PRECISA N SHOCK SERIE 2009002064 | \$68.9999 | | | \$69.00 |
|---|---|-----------|--|--|---------|

Citrado 54113 Acta de Acuerdo
Página requerida de 20
S.P.N. 13
Rec. Ingreso N: Interfaz N:
Comprobante Contable N:

PAGADO
Forma de Pago: cheque
Fecha: 17/2/2021
Recibe: Colon.
S.T. MEDIC, S.A. DE C.V.

SON: SESENTA Y NUEVE 00/100 USD DOLARES

| | |
|-------------------|---------|
| SUMAS | \$69.00 |
| (-) IVA RETENIDO | |
| SUB-TOTAL | \$0.00 |
| VENTAS NO SUJETAS | |
| VENTAS EXENTAS | |
| VENTA TOTAL \$ | \$69.00 |

| HECHO POR | NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO | N.I.T. O D.U.I.: | NOMBRE Y FIRMA DE ENTREGADO | N.I.T. O D.U.I.: |
|-----------|----------------------------|------------------|-----------------------------|------------------|
| | | | | |

EN CASO DE MORA SE LE CARGARA A SU CUENTA UN 3% DE INTERES MENSUAL. FAVOR EMITIR CHEQUES A NOMBRE DE S.T. MEDIC, S.A. DE C.V.

DUPLICADO CLIENTE

AUTORIZACION DE IMPRESION No. 0099-DI-DE-REHA-24/08/1992. TITULO: 20SD0000R-001 - 20SD000F-16.000 RESOLUCION No.: 1994-HEB-IN-20888-2020 DEL: 08/05/2020