



COMERCIALIZADORA METRAN, S.A. DE C.V.

R.F.C. CME1701128UO

PASEO DE LOS LEONES No. 2750 INT. 3
COL. LAS CUMBRES 3 SECTOR,
MONTERREY, N. L., C.P. 64610

Cliente MUNICIPIO GENERAL ESCOBEDO, N.L.
RFC MGE850101H17
Domicilio JUAREZ 100- CENTRO GENERAL ESCOBEDO, NUEVO LEON 66050
Uso CFDI G03- Gastos en general
Fecha Hora Emisión 2021-03-16T17:57:17
Lugar de Expedición 64610

Folio Fiscal 58950f84-21fe-4d2e-ac51-038d1dea240d
Cond. de Pago

Tipo de Comprobante: I - Ingreso
Serie-Folio: 2543
Fecha y Hora Certificación
2021-03-16T17:58:02

Clave Prod/Serv	Identificación	Clave Unidad	Unidad	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Importe
82121701		H87	PIEZA	3000.0000	\$2.0000		\$6,000.00

COPIAS



Traslado / Retención	Impuesto	Base	Tipo Factor	Tasa O Cuota	Importe
Traslado	002-IVA	\$6,000.00	Tasa	0.160000	\$960.00

Observaciones:

Importe:	SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS 0/100 M.N.	Subtotal	\$6,000.00
Moneda:	MXN	Descuento	\$0.00
Método Pago:	PUE - Pago en una sola exhibición	Subtotal - Desc	\$6,000.00
Régimen:	601 - General de Ley Personas Morales	(+) Imp. Tras.	\$960.00
CFDI Relacionado:		(-) Imp. Ret.	\$0.00
		(+) Imp. Loc. Tras	\$0.00
		(-) Imp. Loc. Ret	\$0.00
		Total	\$6,960.00

Cert. CSD

00001000000506145867

CSD SAT

00001000000407908743



Sello Digital del CFDI:

eydbV2h28vZ+ogPkrbk7f6SNdvZU0c8YgBZgEJsEJ0TQj7jAW9I/0FY/PzHo59IAWssFRyf4V89pl+WytYJdNvHRnMohwhnc/sU54iNvRT1a
q3PpSMe57itXfJdcqivag9h7mlTYGJbIDWHconnpAD3xnM8M9vRBFczimf6MZP4hXs8JJ7kxQ755Wc8uANPF1eFBbuZy8HdYRv4kOHJp
90xUEIGBlgXOFQZk+nsrgkMah70RLckCT29kHiEhZlH7sPyh++JKJf3ub20HiBvWvNgh4rwoys/4ID/Xu5zPZGVcGkLEJEIEs7HJvPAP3sLbS
maoyPEWIDpDnC1evlw==

Sello del SAT:

X9xiVb9aZcYwe6fG7GdCW7UrxPk5ISLUTYSU1GzSWMi6P8sqQK8SqK3MHnfNgC8cyjZWapEsxJR4sDnWpq139qaWSP4buW1zFAkbC
9DII5qgoFJR7cEtWylUTYOzuH4UpST6d128MRic0BVuHL88widhkQrHJd/U1E+3PFQfDXmA2Ib4h44WxzcZox+nCX2SroYOeZzBxskfsh/
hBrc67gTNCBztB1mimEqadqB7IjjFowNNjXn3mJjGTOPrf2Pzj8LWae1q6OIN70RI3es1C2KwChay2S8Pohz1zhnMCB+TP454N6I5GYd
eRXY6mfrJyvvdZdiUJZGOVzuXhw==

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT

||1.1|58950f84-21fe-4d2e-ac51-038d1dea240d|2021-03-16T17:58:02|CFA110411FW5|eydbV2h28vZ+ogPkrbk7f6SNdvZU0c8YgBZgEJsEJ0TQj7jAW9I/0FY/PzHo59IAWssFRyf4V89pl+WytYJdNvHRnMohwhnc/sU54iNvRT1a
q3PpSMe57itXfJdcqivag9h7mlTYGJbIDWHconnpAD3xnM8M9vRBFczimf6MZP4hXs8JJ7kxQ755Wc8uANPF1eFBbuZy8HdYRv4kOHJp90xUEIGBlgXOFQZk+nsrgkMah70RLckCT29kHiEhZlH7sPyh++JKJf3ub20HiBvWvNgh4rwoys/4ID/Xu5zPZGVcGkLEJEIEs7HJvPAP3sLbS
maoyPEWIDpDnC1evlw==|00001000000407908743||
Proveedor de Certificación: CFA110411FW5

FISCAL

PROVEEDOR DE CERTIFICACION: COMERCIALIZADORA METRAN, S.A. DE C.V. REG. ATE 12052011E5
C.F. 852-7800-27-653 / 827-4540 / 9627-5541 PAC. No. 70029 No. 58359

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACION DE UN ORIGINAL DE UN CFDI

COPIA BRIGADA

HORA: _____ FECHA: _____

ENTIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

REGION: _____ CENTRO DE VACUNACIÓN: _____

ALIAS DEL CENTRO DE VACUNACIÓN: _____

DIRECCIÓN DEL CENTRO DE VACUNACIÓN: _____

Sirva el presente para acreditar que: _____

Es una persona mayor de 60 años perteneciente a esta comunidad, que no cuenta con documentos de identificación personal y que es conocida por los habitantes y por lo tanto que corresponde al grupo de personas prioritarias para la aplicación de la vacuna contra el SARS-COV2 conforme a la Estrategia Nacional de Vacunación.

Asimismo, se le asigna el folio: _____

con la finalidad de identificarla para futuros trámites relacionados con la vacunación. Manifestamos que todos quienes participamos en este acto nos conducimos con verdad y con conocimiento de las sanciones a las que podemos ser acreedores en caso de proporcionar información falsa.

Persona Solicitante	Coordinador de la Brigada	Testigo de la Comunidad	Testigo Servidor de la Nación
FIRMA O HUELLA	FIRMA O HUELLA	FIRMA O HUELLA	FIRMA O HUELLA

La aplicación de la Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajena a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.

COPIA PERSONA SOLICITANTE

HORA: _____ FECHA: _____

ENTIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

REGION: _____ CENTRO DE VACUNACIÓN: _____

ALIAS DEL CENTRO DE VACUNACIÓN: _____

DIRECCIÓN DEL CENTRO DE VACUNACIÓN: _____

Sirva el presente para acreditar que: _____

Es una persona mayor de 60 años perteneciente a esta comunidad, que no cuenta con documentos de identificación personal y que es conocida por los habitantes y por lo tanto que corresponde al grupo de personas prioritarias para la aplicación de la vacuna contra el SARS-COV2 conforme a la Estrategia Nacional de Vacunación.

Asimismo, se le asigna el folio: _____

con la finalidad de identificarla para futuros trámites relacionados con la vacunación. Manifestamos que todos quienes participamos en este acto nos conducimos con verdad y con conocimiento de las sanciones a las que podemos ser acreedores en caso de proporcionar información falsa.

Persona Solicitante	Coordinador de la Brigada	Testigo de la Comunidad	Testigo Servidor de la Nación
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

La aplicación de la Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajena a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.