



REQUISITOS DE FACTURACIÓN

- ✓ Nombre o razón social del emisor
- ✓ Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del emisor
- ✓ Régimen Fiscal bajo el que tributa el emisor
- ✓ Domicilio del local o establecimiento (solo en caso de tener varias sucursales)
- ✓ Número de folio y sello digital emitido por el SAT
- ✓ Lugar y fecha de expedición
- ✓ Registro Federal de Contribuyentes, nombre o razón social del Instituto:
Razón social: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
RFC: INP791226QKA
- ✓ Código Postal del Instituto: 14370
- ✓ Uso de CFDI: G03 Gastos en General
- ✓ Cantidad, unidad de medida, clase de bienes o descripción de lo que se adquiere
- ✓ Valor unitario de los bienes
- ✓ Importe total de los bienes adquiridos
- ✓ Tratándose de equipo, deberá incluir el número de serie dentro de la descripción del bien, (Sin el cumplimiento de este requisito no será recibido ningún equipo).

FACTURACIÓN DE PERSONAS FÍSICAS

Adicional a los requisitos anteriores, se deberá contemplar lo siguiente:

ACTIVIDAD EMPRESARIAL	RESICO
IVA: Retención del TOTAL ISR: Sin Retención *Fundamento Art. 3 LIVA	IVA: Retención del TOTAL ISR: Retención DEL 1.25% *Fundamento Art. 3 LIVA y Art. 113-J LISR

En relación con la regla 2.7.1.32. de la Resolución Miscelánea Fiscal (RMF) publicada en el D.O.F. el 27 de diciembre de 2021; es importante considerar lo siguiente:

PEDIDOS DE FISCALES

- Verificar en la parte inferior derecha del Pedido que el nombre de quien firma la Disponibilidad Presupuestal (tercera firma) corresponda al Lic. Antonio Rodrigo Jimenez Valdivia

<p>EL AREA COMPRADORA SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES</p> <p>C.P. MARCO ANTONIO LOPEZ PORTILLO</p>	<p>AUTORIZA DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>MTRA. AMÉRICA NELLY PÉREZ MANJARREZ</p>	<p>DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL</p> <p>Vo.Bo.</p> <p>LIC. ANTONIO RODRIGO JIMENEZ VALDIVIA</p>
---	--	---

- Emitir su factura conforme a lo siguiente:

MÉTODO DE PAGO	FORMA DE PAGO	TIPO DE COMPROBANTE
PPD Pago en Parcialidades o Diferido	99 Por Definir	I Ingreso

- Toda vez que sea realizado el pago parcial o total, se les recuerda la obligatoriedad de emitir el complemento de pago a más tardar el décimo día natural del mes inmediato siguiente a la recepción del mismo conforme a lo estipulado en la Regla 2.7.1.32 de la Miscelánea Fiscal.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



De acuerdo con el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación en su facción V, es **INDISPENSABLE** que nos haga llegar los archivos en PDF y XML de la (s) factura (s) que emita por el pedido adjudicado a los correos:

CORREO A:
facturacionconsrf@imp.edu.mx

Indicando como “asunto”:

- Número de Factura
- Nombre del Proveedor
- Número de Pedido

NOTA: En caso de que su factura no cumpla con lo señalado en los puntos anteriores, deberá refacturar de acuerdo con lo solicitado y conforme al Anexo 20 de la miscelánea fiscal estableciendo dentro del cuerpo de la factura la aclaración “cancela y sustituye a la factura (número)”

IMPORTANTE: EN CASO DE NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, NO PODRÁ SER RECIBIDA SU FACTURA PARA TRÁMITE DE PAGO.

PEDIDOS DE TERCEROS O CONACYT

- ▲ Verificar en la parte inferior derecha del Pedido que el nombre de quien firma la Disponibilidad Presupuestal (tercera firma) corresponda a la C.P. Eunice Alejandra Tafolla Valdovinos.



<p>EL AREA COMPRADORA SUBDIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES</p> <p>C.P. MARCO ANTONIO LOPEZ PORTILLO</p>	<p>AUTORIZA DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>MTRA. AMÉRICA NELLY PÉREZ MANJARREZ</p>	<p>DISPONIBILIDAD PRESUPUESTA</p> <p>Vo. R.</p> <p>C.P. EUNICE ALEJANDRA TAFOLLA VALDOVINOS</p>
---	--	---

- ▲ Incluir de forma visible el número de proyecto y número de pedido.

Pedido Núm: 2018 - 0579

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

R.F.C.: INP791226QKA

EMPRESA ADJUDICADA: AGASTECEDORA LUMEN S.A DE CV
R.F.C.: ALUB9003075
C.U.R.R.:
CLASE:

FECHA DE EMISIÓN: DÍA: 28 MES: DICIEMBRE AÑO: 2018	HOJA DE: 1	NÚM. SOLICITUD DE COMPRA: 2018-0677	SOLICITUD DE SURCEPCIÓN: 2018 - 00179	FOLIO PRESUPUESTAL: 100	OBJETO DE LA COMPRA: COMPRA DE TONER HP CON CARGO A LA BUE-CUENTA 214	NÚM. PROYECTO: 000214
---	---------------	--	---	-------------------------------	--	--------------------------

PARTIDA	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO NETO M.N.	PRECIO TOTAL
1	TONER HP MOD. CE500A NEGRO CLAVE PROC. 11103103 DRX. MARCELA TIBURCIO SUB-CTA 214	PIEZA	1	\$2,007.76	\$2,007.76
				SUBTOTAL:	\$2,007.76
				IVA 5:	\$321.24
				TOTAL:	\$2,329.00

- ▲ **Forma de pago:** 03 Transferencia electrónica de fondos
- ▲ **Método de pago:** PUE Pago en una sola exhibición
- ▲ **Fecha de elaboración de factura:** Deberá sin excepción, ser elaborada el día en que realiza la entrega del bien o hasta con un día de anticipación.
- ▲ **Fecha límite de entrega de factura y material:** los días 25 de cada mes a fin de no perder la vigencia y validez.
- ▲ Para aquellos Pedidos en los que la fecha de entrega de bienes se encuentre dentro del periodo posterior a la fecha límite de entrega de factura (del día 26 al 31 de cada mes), no se aplicará penalización alguna, siempre y cuando sean **entregados el primer día hábil del mes siguiente.**

NOTA: En caso de realizar la entrega de los bienes y no ingresar la factura correspondiente conforme a lo señalado en los puntos anteriores, deberá refacturar conforme al Anexo 20 de la miscelánea fiscal estableciendo dentro del cuerpo de la factura la aclaración “cancela y sustituye a la factura (número)”.

IMPORTANTE: NO SE RECIBIRÁN BIENES NI FACTURAS CUANDO LA FECHA DE EMISIÓN DE LA FACTURA NO CORRESPONDA AL MES CORRIENTE.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



De acuerdo con el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación en su facción V, es **INDISPENSABLE** hacernos llegar los archivos en PDF y XML de la (s) factura (s) que emita por el pedido adjudicado al correo:

CORREO A:
facturacionrecept@imp.edu.mx

Indicando como “asunto”:

- Número de Factura
- Nombre del Proveedor
- Número de Pedido

IMPORTANTE: EN CASO DE NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, NO PODRÁ SER RECIBIDA SU FACTURA PARA TRÁMITE DE PAGO.

