



4wVniWCxjKlGuNErBhIYXmq8qlAD0JWqmqgSgni6PXprz74i3AEqoNiH9g8T59ooM2sEOsKbly7rIeIfZkHHwEV7sKvFMvM+FPL7  
a/D2MlRRS/+1oy+YKQ==|00001000000505142236||



**PAGARE NUMERO1/1**

DEBO (EMOS) Y PAGARE (MOS) INCONDICIONALMENTE POR ESTE PAGARE MERCANTIL A LA ORDEN DE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS, SA DE CV EN SU DOMICILIO UBICADO EN SILVANO BARBA GONZALEZ No. 1209 , COL. CONJUNTO LAURELES TELS: 38337742 , C.P. 45150 , ZAPOPAN , JALISCO , MEXICO LA CANTIDAD DE 35,589.00 (TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS 00/100 MXN ) VALOR RECIBIDO A MI (NUESTRA) ENTERA SATISFACCION CUYA CANTIDAD CUBRIRE (MOS) PRESISAMENTE EL DIA \_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO 20\_\_\_ , DESDE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE ESTE DOCUMENTO HASTA EL DIA DE SU LIQUIDACION, CAUSARA INTERESES MORATORIOS AL TIPO DE 6% MENSUAL, PAGADEROS EN ESTA CIUDAD JUNTAMENTE CON EL ADEUDO PRINCIPAL, CUALQUIER PAGO QUE SE EFECTUARE TOTAL O PARCIAL DE ESTE DOCUMENTE SERA APLICADO REFEREMENTE A CUBRIR LOS INTERESES MORATORIOS CAUSADOS Y ACCESORIOS LEGALES.

**SUSCRIPTOR:**

NOMBRE: SISTEMA DIF DEL ESTADO DE JALISCO  
DIRECCION: AVENIDA ALCALDE No. 1220  
POBLACION: MIRAFLORES, C.P: 44270, Tel: 30303854

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SUSCRITOR

