


**Medicentro Mimedik S.A.**

Dir Matriz: Sucre s/n y 9 de Mayo

Dir Sucursal: Sucre s/n y 9 de Mayo

Obligado a llevar contabilidad: SI

Agente de Retención No. Resolución: 1

R.U.C.: 0791790220001

**F A C T U R A**
**No.001-096-000007463**

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

0809202101079179022000120010960000074635600033418

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN:

2021-09-08 18:28:05

AMBIENTE: Producción

EMISIÓN: Normal

C L A V E D E A C C E S O



0809202101079179022000120010960000074635600033418

Razón Social: HUMANA S.A. .

RUC/CI: 1791279352001

Fecha Emisión (dd/mm/yyyy): 08/09/2021

Guía Remisión:

| Cod. Principal | Descripción   | CódigoAux | Cant. | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|----------------|---|-----------|-------|-----------------|-----------|--------------|
| INCARPALM      | SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO (BIOMETRIA HEMATICA) TITULAR/PACIENTE: RUBIO ABAD JOE ALEXANDER - FECHA ATENCIÓN: 05/08/2021  |           | 1.00  | 5.85            | 0         | 5.85         |
| INCARPALM      | SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO (DENGUE ANTIGENO NS1) TITULAR/PACIENTE: RUBIO ABAD JOE ALEXANDER - FECHA ATENCIÓN: 05/08/2021 |           | 1.00  | 14              | 0         | 14.00        |
| INCARPALM      | SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO (EXAMEN DE ORINA) TITULAR/PACIENTE: RUBIO ABAD JOE ALEXANDER - FECHA ATENCIÓN: 05/08/2021     |           | 1.00  | 3.5             | 0         | 3.50         |
| INCARPALM      | SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO (TGO) TITULAR/PACIENTE: RUBIO ABAD JOE ALEXANDER - FECHA ATENCIÓN: 05/08/2021                 |           | 1.00  | 2               | 0         | 2.00         |
| INCARPALM      | SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO (TGP) TITULAR/PACIENTE: RUBIO ABAD JOE ALEXANDER - FECHA ATENCIÓN: 05/08/2021                 |           | 1.00  | 2               | 0         | 2.00         |
| INCARPALM      | SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO (PCR) TITULAR/PACIENTE: RUBIO ABAD JOE ALEXANDER - FECHA ATENCIÓN: 05/08/2021                 |           | 1.00  | 3.54            | 0         | 3.54         |

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| <b>SUBTOTAL SIN DESCUENTOS</b>   | 30.89 |
| <b>VALOR DESCUENTOS</b>          | 0.00  |
| <b>VALOR DESCUENTO ADICIONAL</b> | 0.00  |
| <b>SUBTOTAL 12%</b>              | 0.00  |
| <b>SUBTOTAL 0%</b>               | 30.89 |
| <b>SUBTOTAL No objeto de IVA</b> | 0.00  |
| <b>SUBTOTAL SIN IMPUESTOS</b>    | 30.89 |
| <b>ICE</b>                       | 0.00  |
| <b>IVA 12%</b>                   | 0.00  |
| <b>VALOR TOTAL</b>               | 30.89 |

**Información Adicional**

Dirección: AV. JOAQUÍN JOSÉ ORRANTIA. EDIFICIO ÁGORA CIUDAD VIVA, 21

Teléfono: 045010008

Email: prestadores.guayaquil@humana.med.ec

| Forma Pago                                   | Valor | Plazo | Tiempo |
|--|-------|-------|--------|
| Otros con utilización del sistema financiero | 30.89 | 30    | días   |

: Vendedor: MIMEDIK

Forma pago: CREDITO DIRECTO