



R.U.C.: 0791790220001

FACTURA

No.001-096-000007538

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

0909202101079179022000120010960000075386331356114

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN:

2021-09-09 21:36:12

AMBIENTE: Producción

EMISIÓN: Normal

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



0909202101079179022000120010960000075386331356114

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

Razón Social: HUMANA S.A. .

RUC/CI: 1791279352001

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

Guía Remisión:

Cod. Principal	Descripción	CódigoAux	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
INCARPALM	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO (BIOMETRIA HEMATICA) TITULAR: ALVARADO MALDONADO JHONNY CESAR/ PACIENTE: GALARZA AREVALO MONICA DEL PILAR FECHA DE ATENCION 03/09/2021		1.00	5.85	0	5.85
INCARPALM	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO (COLESTEROL TOTAL) TITULAR: ALVARADO MALDONADO JHONNY CESAR/ PACIENTE: GALARZA AREVALO MONICA DEL PILAR FECHA DE ATENCION 03/09/2021		1.00	1.75	0	1.75
INCARPALM	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO (EXAMEN DE ORINA) TITULAR: ALVARADO MALDONADO JHONNY CESAR/ PACIENTE: GALARZA AREVALO MONICA DEL PILAR FECHA DE ATENCION 03/09/2021		1.00	3.5	0	3.50
INCARPALM	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO (GLUCOSA EN SANGRE) TITULAR: ALVARADO MALDONADO JHONNY CESAR/ PACIENTE: GALARZA AREVALO MONICA DEL PILAR FECHA DE ATENCION 03/09/2021		1.00	1.85	0	1.85
INCARPALM	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO (TGO) TITULAR: ALVARADO MALDONADO JHONNY CESAR/ PACIENTE: GALARZA AREVALO MONICA DEL PILAR FECHA DE ATENCION 03/09/2021		1.00	2	0	2.00
INCARPALM	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO (TGP) TITULAR: ALVARADO MALDONADO JHONNY CESAR/ PACIENTE: GALARZA AREVALO MONICA DEL PILAR FECHA DE ATENCION 03/09/2021		1.00	2	0	2.00
INCARPALM	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO (TRIGLICERIDOS) TITULAR: ALVARADO MALDONADO JHONNY CESAR/ PACIENTE: GALARZA AREVALO MONICA DEL PILAR FECHA DE ATENCION 03/09/2021		1.00	2.66	0	2.66

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	19.61
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIONAL	0.00
SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	19.61
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	19.61
ICE	0.00
IVA 12%	0.00
VALOR TOTAL	19.61

Información Adicional

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

Teléfono: 045010008

Email: prestadores.quayaquil@humana.med.ec

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
Otros con utilización del sistema financiero	19.61	30 días	

: Vendedor: MIMEDIK

Forma pago: CREDITO DIRECTO

