

**QUIROZ HEINERT MARIA ISABEL**

Dirección Matriz: CORONEL 2207 ENTRE VACAS GALINDO Y CANAR

Dirección Establecimiento:

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

R.U.C.: 0905855359001

**FACTURA**

No. 001-010-000000287

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2024-06-04 18:30:56+02:00

0406202401090585535900120010100000002871234567811

**AMBIENTE: PRODUCCION****EMISION: NORMAL****CLAVE DE ACCESO**

0406202401090585535900120010100000002871234567811

Razón Social/Nombres y Apellidos: BYRON EMMANUEL SURI DELGADO

Identificación: 0905823472

Fecha Emisión: 04/06/2024

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
002	002	1.00	ELECTROCARDIOGRAMA	80.000000	0.00	80.00
003	003	1.00	CONSULTA MEDICA	100.000000	0.00	100.00

<b>SUBTOTAL 15%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>180.00</b>
<b>SUBTOTAL no objeto de IVA</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL exento de IVA</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL SIN IMPUESTOS</b>	<b>180.00</b>
<b>TOTAL Descuento</b>	<b>0.00</b>
<b>IVA 15%</b>	<b>0.00</b>
<b>PROPINA</b>	<b>0.00</b>
<b>IMPORTE TOTAL</b>	<b>180.00</b>

**Información Adicional**

**Dirección** URB RIO GRANDE  
**Telefono** 0958708818  
**Email** bemsury@corruchecsa.com  
**Observación** HONORARIOS MEDICOS POR ATENCION A PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL PRE PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO

**Forma Pago** SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO  
**Total** 180.00