



**Centro Integral De Especialidades  
Medica / Inversiones Integrales Del  
Norte S De RI**

3 era ave, Frente a instalaciones de La Cruz  
Roja Hondureña, A la par de FUNDEVI,  
Choloma, Cortés.  
Teléfono: 94892808  
Correo: centrintegral21@hotmail.com

**Factura**

N° Factura: 000-001-01-00002351  
Fecha: 19/04/2022 5:23 pm  
CAI: 7ACA28-9EE54A-FB4BB6-DB659D-4671CB-CC  
RTN: 05019021261032  
Desde: 000-001-01-00001001 Hasta: 000-001-01-00002500  
Fecha de Activación: 2022-05-09  
Fecha Limite de Emisión: 2022-11-30

**Cliente**

ID/RTN: 1413198700125 Expediente: 1140 Teléfono: 96244867  
Nombre: Dania Lizbeth Regalado Espinoza Profesional: Edgard Donald Aguilar Martinez

N°	Nombre Producto	Cantidad	Precio	Descuento	Importe
1	Habitacion Para Hospitalizacion Privada	1	L. 1,000.00	L. 0.00	L. 1,000.00
2	Canalizacion Via Periferica	1	L. 90.00	L. 0.00	L. 90.00
3	Observacion De 12 Horas A 24 Horas	1	L. 1,000.00	L. 0.00	L. 1,000.00
4	Uso De Bomba De Infusion De 24 Hrs	1	L. 350.00	L. 0.00	L. 350.00
5	Consulta de emergencia por Medicina General	1	L. 300.00	L. 0.00	L. 300.00
6	Aplicación De Suero De Emergencia	1	L. 1,500.00	L. 0.00	L. 1,500.00
7	Suero Hartman De 1000 MI	1	L. 60.00	L. 0.00	L. 60.00
8	Progestine Depot De 250 Mg I.m	1	L. 220.00	L. 0.00	L. 220.00
9	Consulta Ginecología Afiliados	1	L. 500.00	L. 0.00	L. 500.00
10	Consulta Ginecólogo	1	L. 600.00	L. 0.00	L. 600.00
11	Ultrasonido 4D Y 5D Afiliados	1	L. 600.00	L. 0.00	L. 600.00
12	Aplicación de Inyeccion IM	1	L. 70.00	L. 0.00	L. 70.00
13	Servicio DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION	1	L. 800.00	L. 0.00	L. 800.00
14	Visita De Medico General	1	L. 200.00	L. 0.00	L. 200.00
15	Aplicación De (Indometacina) 25 Mg	2	L. 30.00	L. 0.00	L. 60.00

Importe	L. 7,350.00
Descuentos y Rebajas Otorgados	L. 0.00
Sub-Total	L. 7,350.00
Importe Exonerado	L. 0.00
Importe Exento	L. 7,350.00
Importe Gravado 15%	0.00
Importe Gravado 18%	L. 0.00
ISV 15%	0.00
ISV 18%	L. 0.00
Total	L. 7,350.00

**SIETE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA CON 00/100**

La factura es beneficio de todos "Exijala"

N° correlativo de orden de compra excenta \_\_\_\_\_

N° correlativo constancia de registro Exonerado \_\_\_\_\_

N° identificador del registro de la SAG \_\_\_\_\_



Original: Cliente  
Copia: Emisor

**Expertos En Salud**