



**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: 000-001-01-00002199
Fecha: 04/04/2022 2:56 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: 0502196300708 Expediente: 1208 Teléfono: 34
Nombre: Jose Ulises Hernandez Lopez Profesional: Cesar Chacon

N°	Nombre Producto	Cantidad	Precio	Descuento	Importe
1	Aplicación De Glucometria	2	L. 90.00	L. 0.00	L. 180.00
2	Suero Salino De 100 MI	1	L. 55.00	L. 0.00	L. 55.00
3	Suero Salino De 1000 MI	1	L. 65.00	L. 0.00	L. 65.00
4	Canalizacion Via Periferica	1	L. 90.00	L. 0.00	L. 90.00
5	Espasmodolofor Hospitalaria I.v	1	L. 200.00	L. 0.00	L. 200.00
6	Puntas Nasaes De Adulto (insumos)	1	L. 70.00	L. 0.00	L. 70.00
7	Mascarilla Con Reservorio De Adulto (insumos)	2	L. 80.00	L. 0.00	L. 160.00
8	Servicio De Oxigeno Por Hora	6	L. 200.00	L. 0.00	L. 1,200.00
9	Ceftriaxona (Rofemed) x 1gr	1	L. 100.00	L. 0.00	L. 100.00
10	Aplicación De (Colchicine 0.6 Mg)	1	L. 50.00	L. 0.00	L. 50.00
11	Aplicación de Inyección IV	1	L. 180.00	L. 0.00	L. 180.00
12	Consulta de emergencia por Medicina General	1	L. 300.00	L. 0.00	L. 300.00
13	Visita De Medico General	1	L. 200.00	L. 0.00	L. 200.00
14	Aplicación De Suero De Emergencia	1	L. 1,500.00	L. 0.00	L. 1,500.00
15	Observacion De 4 Horas O Mas	1	L. 700.00	L. 0.00	L. 700.00

Importe	L. 5,050.00
Descuentos y Rebajas Otorgados	L. 0.00
Sub-Total	L. 5,050.00
Importe Exonerado	L. 0.00
Importe Exento	L. 5,050.00
Importe Gravado 15%	0.00
Importe Gravado 18%	L. 0.00
ISV 15%	0.00
ISV 18%	L. 0.00
Total	L. 5,050.00

CINCO MIL 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° identificativo del registro de la SAG _____



Original: Cliente
Copia: Emisor

Expertos En Salud