



**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: centointegral21@hotmail.com

**Factura**

N° Factura: 000-001-01-00002186  
Fecha: 02/04/2022 5:06 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: Expediente: 1207 Teléfono: 96142085  
Nombre: Cesar Enrique Castellano Profesional: Christian Alexander Morazan

| N° | Nombre Producto                | Cantidad | Precio    | Descuento | Importe   |
|----|--------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| 1  | Suero Salino De 1000 Ml        | 1        | L. 65.00  | L. 0.00   | L. 65.00  |
| 2  | Aplicación De (Clamicil 1Gbid) | 1        | L. 440.00 | L. 0.00   | L. 440.00 |
| 3  | Observacion De 2 Horas         | 1        | L. 360.00 | L. 0.00   | L. 360.00 |
| 4  | Aplicación De Suero I.V        | 1        | L. 800.00 | L. 0.00   | L. 800.00 |
| 5  | Consulta con medicina general  | 1        | L. 200.00 | L. 0.00   | L. 200.00 |

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| Importe                        | L. 1,865.00 |
| Descuentos y Rebajas Otorgados | L. 0.00     |
| Sub-Total                      | L. 1,865.00 |
| Importe Exonerado              | L. 0.00     |
| Importe Exento                 | L. 1,865.00 |
| Importe Gravado 15%            | 0.00        |
| Importe Gravado 18%            | L. 0.00     |
| ISV 15%                        | 0.00        |
| ISV 18%                        | L. 0.00     |
| Total                          | L. 1,865.00 |

**MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO 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**