



R.U.C.: 1990902034001

## FACTURA

No. : 001-100-000018960

NUMERO DE AUTORIZACION

1504202501199090203400120011000000189600000000814

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-04-16T03:28:09-05:00

AMBIENTE : PRODUCCION

EMISION : NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1504202501199090203400120011000000189600000000814

HOSPITAL DEL DIA VIRGEN DE GUADALUPE

Direccion Matriz: ZAMORA CHINCHIPE / ZAMORA / GUADALUPE / SN

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD : NO

Dir Sucursal :ZAMORA CHINCHIPE / ZAMORA / GUADALUPE / SN

REGIMEN GENERAL

Razon Social / Nombres y Apellidos:

YONDER LEODAN ZHANAY VASQUEZ

Identificacion: 1950182699

Fecha Emision: 15/04/2025

Guia Remision:

Direccion: YANTZAZA

Telefono :

Email:

| Cod. Principal | Cant. | Descripcion                           | Detalle Adicional | Precio Unitario | Descuento | Precio Total |
|----------------|-------|---------------------------------------|-------------------|-----------------|-----------|--------------|
| 552            | 1.00  | EXAMEN BIOMETRIA                      |                   | 6.00            | 0.00      | 6.00         |
| 555            | 1.00  | EXAMEN GLUCOSA                        |                   | 2.00            | 0.00      | 2.00         |
| 559            | 1.00  | EXAMEN UREA                           |                   | 2.00            | 0.00      | 2.00         |
| 560            | 1.00  | EXAMEN CREATININA                     |                   | 2.00            | 0.00      | 2.00         |
| 561            | 1.00  | EXAMEN ACIDO URICO                    |                   | 2.00            | 0.00      | 2.00         |
| 562            | 1.00  | EXAMEN TGO Y TGP                      |                   | 5.00            | 0.00      | 5.00         |
| 556            | 1.00  | EXAMEN COLESTEROL TOTAL               |                   | 2.25            | 0.00      | 2.25         |
| 599            | 1.00  | EXAMEN LDL HDL                        |                   | 5.00            | 0.00      | 5.00         |
| 557            | 1.00  | EXAMEN TRIGLICERIO                    |                   | 2.25            | 0.00      | 2.25         |
| 570            | 1.00  | EXAMEN DE ORINA                       |                   | 2.00            | 0.00      | 2.00         |
| 571            | 1.00  | EXAMEN COPROPARASITARIO               |                   | 2.00            | 0.00      | 2.00         |
| 1089           | 1.00  | MUESTRA DE HECES                      |                   | 0.25            | 0.00      | 0.25         |
| 1088           | 1.00  | ENVASE PARA MUESTRA DE ORINA 100ML 0% |                   | 0.25            | 0.00      | 0.25         |

### INFORMACION ADICIONAL :

BODEGA : PRINCIPAL

VENDEDOR:

OBSERVACIONES: null

TIPO: 1

CODIGO: 20079

Fecha Maxima de Pago:

SUBTOTAL 12%

0.00

SUBTOTAL 5%

0.00

SUBTOTAL 0%

33.00

SUBTOTAL NO objeto de IVA

0.00

SUBTOTAL Exento de IVA

0.00

SUBTOTAL SIN IMPUESTOS

33.00

TOTAL Descuento

0.00

ICE

0.00

IVA 5%

0.00

IVA 12%

0.00

VALOR TOTAL

33.00

### Formas de Pago

SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO

Valor

33.00

Plazo

U.Tiempo