

**Medicentro Mimedik S.A.**

Dir Matriz: Sucre s/n y 9 de Mayo

Dir Sucursal: Buenavista s/n y Boyacá

Obligado a llevar contabilidad: SI

Agente de Retención Resolución No.: 1

R.U.C.: 0791790220001

**F A C T U R A****No.005-098-000024830**

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:

1701202301079179022000120050980000248306852029411

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN:

2023-01-17 15:03:32

AMBIENTE: Producción

EMISIÓN: Normal

C L A V E D E A C C E S O



1701202301079179022000120050980000248306852029411

Razón Social: DIAZ FREIRELORENA

RUC/CI: 0703327940001

Fecha Emisión (dd/mm/yyyy): 17/01/2023

Guía Remisión:

Cod. Principal	Descripción	CódigoAux	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
198	HEMOGLOBINA GLICOSILADA		1.00	7	0	7.00
SUBTOTAL SIN DESCUENTOS						7.00
VALOR DESCUENTOS						0.00
VALOR DESCUENTO ADICIONAL						0.00
SUBTOTAL 12%						0.00
SUBTOTAL 0%						7.00
SUBTOTAL No objeto de IVA						0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS						7.00
ICE						0.00
IVA 12%						0.00
VALOR TOTAL						7.00

**Información Adicional**

Dirección: OLMEDO 436 E/ BUENAVISTA Y NAPOLEON MERA

Teléfono: 0992890126

Email: juliodiaz.labclinico@gmail.com

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
Sin utilización del sistema financiero	7.00	0	días

: Vendedor: MIMEDIK

Forma pago: CONTADO