

**Cliente:** RIMAC S.A. ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD **Moneda:** SOLES **IGV:** %18.00  
**RUC:** 20414955020  
**Dirección:** CAL.EL PARQUE NRO. 149 URB. JARDIN (PISO 2)  
**Ciudad:** SAN ISIDRO - LIMA - LIMA

|   |  |                         |   |                             |
|---|--|-------------------------|---|-----------------------------|
| <b>Fecha de Emisión:</b><br>19-sep-2023 | <b>Condición de Pago:</b><br>Crédito-45 días | <b>Orden de Compra:</b> | <b>Fecha de Vencimiento:</b><br>03-nov-2023 | <b>N° Guía de Remisión:</b> |
|---|--|-------------------------|---|-----------------------------|

| CÓDIGO | CANT.   | UNID. | DESCRIPCIÓN                             | V. UNT. | P. VENTA |
|--------|---------|-------|---|---------|----------|
| 1145   | 1.00000 | ZZ    | COSTO PACIENTE MES S/265 COPAGO S/42.37 | 222.63  | 222.63   |

**OBSERVACIONES**

INOUE MENDOZA LEONCIO ALFREDO  
0018946393  
MAD GENERAL LIMA - PERIFERIA ESTE  
FARINGITIS AGUDA J02.9 - C/D COVID 19 U07.1  
DRA. FLOR

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| <b>OP. GRAVADAS</b>        | S/ 222.63 |
| <b>OP. INAFECTA</b>        | S/ 0.00   |
| <b>OP. EXONERADA</b>       | S/ 0.00   |
| <b>TOTAL OP. GRATUITAS</b> | S/ 0.00   |
| <b>SUB TOTAL</b>           | S/ 222.63 |
| <b>IGV</b>                 | S/ 40.07  |
| <b>TOTAL</b>               | S/ 262.70 |

SON: DOSCIENTOS SESENTA Y DOS CON 70/100 SOLES

| N° DE CUOTA | IMPORTE   | FECHA DE PAGO |
|-------------|-----------|---------------|
| CUOTA001    | S/ 262.70 | 03-nov-2023   |



Operador de Servicios Electrónicos  
según Resolución N° 034-005-0008776



Representación impresa de la factura electrónica, consulte en [www.efact.pe](http://www.efact.pe)  
Autorizado mediante la Resolución de intendencia N° 0340050004177/SUNAT