



izipay
deposita tus
ventas en sólo
24h
útiles



VISA



¡Compralo ya!
www.izipay.pe
(01) 213-0808 / 0801-1818

¡Compralo ya!
www.izipay.pe
(01) 213-0808 / 0801-1818



VISA



¡Compralo ya!
www.izipay.pe
(01) 213-0808 / 0801-1818

TODAS
las tarjetas

Clínica Jesús del Norte

Clinica Jesus del Norte SAC - RUC: 20517738701
AV. CARLOS IZAGUIRRE NRO 153 Z.I. NORTE LIMA - LIMA -
INDEPENDENCIA
AV. CARLOS IZAGUIRRE NRO. 153 URB. INDEPENDENCIA
Telf: (01) 613-4444

BOLETA DE VENTA ELECTRÓNICA B062 - 00050323

CALERO URBIZAGASTEGUI ISAAC SEBASTIAN
N° IDENTIFICACIÓN 48387147

FECHA DE EMISION 2023-07-12 HORA 09:07:28
FORMA DE PAGO Contado

COD	DESC	P	UNI	DSC	IMPORTE
500101	CONSULTA AMBULATORIA POR MEDICO ESPECIALISTA	75.00	0.00	1.00 X NIU	63.56

TOTAL A PAGAR (S/) 75.00

TOTAL GRAVADO	(S/)	63.56
TOTAL INAFECTO	(S/)	0.00
TOTAL EXONERADO	(S/)	0.00
TOTAL DESCUENTO	(S/)	0.00
OTROS CARGOS	(S/)	0.00
TOTAL I.G.V. (18%)	(S/)	11.44
IMPORTE TOTAL	(S/)	75.00



SON: SETENTA Y CINCO Y 00/100 SOLES

REG: 2023 274475 USUARIO: rgamamra
PACIENTE: CALERO URBIZAGASTEGUI ISAAC SEBASTIAN
75276 ROMANI MONTORO LOURDES VERONICA
SALUD SAN PABLO
T. PAGO: CONTADO
T.C. 3.638

TODA DEVOLUCION SE EFECTUARA CON CHEQUE O
TRANSFERENCIA BANCARIA EN UN PLAZO NO MAYOR A 7 DIAS
NO SE ACEPTARA CAMBIO DE BOLETA POR FACTURA (U OTRO
MENSAJE COMERCIAL)

Representación impresa de la BOLETA DE VENTA ELECTRÓNICA
Para consultar el documento ingrese a: www.sanpablo.com.pe/FREE
Autorizado mediante Resolución N° 0180050001660/SUNAT

Av. Carlos Izaguirre 153 - Independencia

Fecha Prescripción : 12/07/23 9:44:02

F Nacim : 21/08/1994

Edad : 28 años

Apellidos y Nombre: CALERO URBIZAGASTEGUI, ISAAC SEBASTIAN

Nº HC: 5231759

DNI/CE/PASAPORTE: 48387147

Nº Registro: 2023- 274475

Diagnóstico : H65.3 - OTITIS MEDIA CRONICA MUCOIDE

1 LEVOFLOXACINO * 750 MG COMPRIMIDO O CAPSULA

Dosis y Frecuencia: 1.00 COMPRIMIDO O CAPSULA CADA 24 HORAS

Via: ORAL

Desde :12/07/23

Duración de Tratamiento (días): 10

Unidades: 10

Observaciones:

2 CELECOXIB 200 MG COMPRIMIDO O CAPSULA

Dosis y Frecuencia: 1.00 COMPRIMIDO O CAPSULA CADA 12 HORAS

Via: ORAL

Desde :12/07/23

Duración de Tratamiento (días): 5

Unidades: 10

Observaciones:

3 CIPROFLOXACINO 2 MG + HIDROCORTISONA * 10 MG GOTAS 5 ML

Dosis y Frecuencia: 2.00 GOTAS CADA 12 HORAS

Via: OTICA

Desde :12/07/23

Duración de Tratamiento (días): 7

Unidades: 1

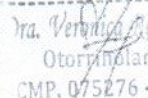
Observaciones:

Comentario:

Preparado otro:

Indicar en 3 días

1 gota q/12h p 1 d.
2 gotas q/12h p 2 d.
3 gotas q/12h hasta
completar
1 semana.


Dra. Verónica Romani Montoro
Otorrinolaringología
CMP. 075276 - RNE. 42372

**Validez
7 días**

ROMANI MONTORO LOURDES VERONICA

OTORRINOLARINGOLOGIA

CMP: 75276 RNE: 42372