



R.U.C.: 0915322333001

**FACTURA**

No. 001-010-000000049

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2023-10-11 22:39:51+02:00

1110202301091532233300120010100000000491234567819

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



1110202301091532233300120010100000000491234567819

**ROMERO MUÑOZ CARLOS PATRICIO**

**Matriz**

Dirección Matriz: XIMENA SOLAR 18

Dirección Establecimiento: XIMENA SOLAR 18

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

RÉGIMEN RIMPE: CONTRIBUYENTE RÉGIMEN RIMPE

Razón Social/Nombres y Apellidos: KARIN ANDREA FLORENCIA TORRES

Identificación: 0918443615

Fecha Emisión: 11/10/2023

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
003	003	1.00	HONORARIOS MÉDICOS POR CESAREA	350.000000	0.00	350.00
004	004	1.00	HONORARIOS MEDICOS POR LIGADURA	87.500000	0.00	87.50

<b>SUBTOTAL 12%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>437.50</b>
<b>SUBTOTAL no objeto de IVA</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL exento de IVA</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL SIN IMPUESTOS</b>	<b>437.50</b>
<b>TOTAL Descuento</b>	<b>0.00</b>
<b>IVA 12%</b>	<b>0.00</b>
<b>PROPINA</b>	<b>0.00</b>
<b>IMPORTE TOTAL</b>	<b>437.50</b>

**Información Adicional**

Dirección CIUDADELA CONDOR MZ E VILLA 21  
Telefono 0995500170  
Email karin\_florencia@hotmail.com  
Observacion Honorarios medicos

**Forma Pago**

SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO

**Total**

437.50