



R.U.C.: 1758997306001

**FACTURA**

No. 001-010-00000608

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2024-12-12 23:35:37+01:00

1212202401175899730600120010100000006081234567814

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



1212202401175899730600120010100000006081234567814

**ARRIETA RAMIREZ JESUS DAVID**

**Matriz**

Dirección Matriz: XIMENA CALLE SN ENTRE CORONEL OF 509 Y A Y HOSPITAL ALCIVAR TORRE MEDICA

Dirección Establecimiento: XIMENA CALLE SN ENTRE CORONEL OF 509 Y A Y HOSPITAL ALCIVAR TORRE MEDICA

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

RÉGIMEN RIMPE: CONTRIBUYENTE RÉGIMEN RIMPE

Razón Social/Nombres y Apellidos: PLAN VITAL VITALPLAN, SA

Identificación: 0991189270001

Fecha Emisión: 12/12/2024

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
092	092	1.00	USO DE CISTOSCOPIO FLEXIBLE	180.000000	0.00	180.00
095	095	1.00	USO DE URETEROSCOPIO	120.000000	0.00	120.00
111	111	1.00	GUÍA SENSOR	75.000000	0.00	75.00

<b>SUBTOTAL 15%</b>	<b>375.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>0.00</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>375.00</b>
<b>TOTAL Descuento</b>	<b>0.00</b>
<b>IVA 15%</b>	<b>56.25</b>
<b>PROPINA</b>	<b>0.00</b>
<b>IMPORTE TOTAL</b>	<b>431.25</b>

**Información Adicional**

Dirección **CALLE FLORES PÉREZ Y CLOTARIO PAZ**  
Edf. ATLANTIS  
Telefono **042344711**  
Email **facturasprestadores@planvital.ec**  
Observacion **Pcte. DELGADO PIÑA DAVID GERMÁN - CLÍNICA ALCIVAR**

**Forma Pago** OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO  
**Total** 431.25