



R.U.C.: 0703194910001

**FACTURA**

No. 001-010-000000392

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2025-02-12 22:36:28+01:00

1202202501070319491000120010100000003921234567812

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



1202202501070319491000120010100000003921234567812

**ROOSEMBERG ORDOÑEZ FERNANDO JOSE**

**Matriz**

Dirección Matriz: MACHALA BOLIVAR PAREDES S/N Y LAUTARO CASTILLO RAMIREZ

Dirección Establecimiento: MACHALA BOLIVAR PAREDES S/N Y LAUTARO CASTILLO RAMIREZ

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

Razón Social/Nombres y Apellidos: UNIVERSIDAD PARTICULAR DE ESPECIALIDADES ESPIRITU SANTO

Identificación: 0991275878001

Fecha Emisión: 12/02/2025

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
002	002	1.00	SERVICIO DE DOCENCIA	552.000000	0.00	552.00

<b>SUBTOTAL 15%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>552.00</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>552.00</b>
<b>TOTAL Descuento</b>	<b>0.00</b>
<b>IVA 15%</b>	<b>0.00</b>
<b>PROPINA</b>	<b>0.00</b>
<b>IMPORTE TOTAL</b>	<b>552.00</b>

Información Adicional	
<b>Dirección</b>	<b>KM 2.5 VIA SAMBORONDON</b>
<b>Telefono</b>	<b>045000950</b>
<b>Email</b>	<b>kpazminog@uess.edu.ec</b>
<b>Observacion</b>	<b>HONORARIOS MEDICOS POR DOCENCIA CATEDRA DE SIMULACION CLINICA FEBRERO 2025</b>

<b>Forma Pago</b>	SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO
<b>Total</b>	552.00