



R.U.C.: 1758997280001

**FACTURA**

No. 001-010-000000264

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2024-03-12 21:33:07+01:00

1203202401175899728000120010100000002641234567811

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



1203202401175899728000120010100000002641234567811

**MOLINA PEÑA ANABEL VANESSA**

**Matriz**

Dirección Matriz: XIMENA ENTRE CORONEL OF 509 Y Y AZUAY

Dirección Establecimiento: XIMENA ENTRE CORONEL OF 509 Y Y AZUAY

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: 12/03/2024

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
0022	0022	1.00	HONORARIOS MÉDICOS POR AYUDANTÍA COPAGO 90%	77.630000	0.00	77.63

<b>SUBTOTAL 12%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>77.63</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>77.63</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>77.63</b>

**Información Adicional**

**Dirección** CALLE FLORES PÉREZ Y CLOTARIO PAZ  
Edf. ATLANTIS  
**Telefono** 042344711  
**Email** facturasprestadores@planvital.ec  
**Observación** Pcte. WASHINGTON GÓMEZ QUIROZ -  
CIRUGÍA REALIZADA 02 DE MARZO 2024 -  
CLÍNICA ALCIVAR

**Forma Pago**

OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO

**Total**

77.63