



R.U.C.: 1758997306001

**FACTURA**

No. 001-010-000000785

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2025-05-15 04:56:32+02:00

1405202501175899730600120010100000007851234567815

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



1405202501175899730600120010100000007851234567815

**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: 14/05/2025

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
092	092	1.00	USO DE CISTOSCOPIO - COPAGO 90%	162.000000	0.00	162.00
129	129	1.00	URETEROSCOPIO - COPAGO 90%	108.000000	0.00	108.00
131	131	1.00	DILATADOR BALÓN - COPAGO 90%	180.000000	0.00	180.00

<b>SUBTOTAL 15%</b>	<b>450.00</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>450.00</b>
<b>TOTAL Descuento</b>	<b>0.00</b>
<b>IVA 15%</b>	<b>67.50</b>
<b>PROPINA</b>	<b>0.00</b>
<b>IMPORTE TOTAL</b>	<b>517.50</b>

**Información Adicional**

Dirección **CALLE FLORES PÉREZ Y CLOTARIO PAZ**  
Edf. ATLANTIS  
Telefono **042344711**  
Email **facturasprestadores@planvital.ec**  
Observacion **Pcte. ORDOÑEZ ORTEGA SILVIA**  
**ESPERANZA - CLÍNICA ALCIVAR**

**Forma Pago** OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO  
**Total** 517.50