



R.U.C.: 0962662839001

**FACTURA**

No. 001-010-000000005

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2024-06-14 16:16:01+02:00

1406202401096266283900120010100000000051234567814

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



1406202401096266283900120010100000000051234567814

**MAYORA JEREZ JUAN FERNANDO**

**Matriz**

Dirección Matriz: GUAYAS / GUAYAQUIL / TARQUI / ACACIAS 1020 Y ILANES

Dirección Establecimiento: GUAYAS / GUAYAQUIL / TARQUI / ACACIAS 1020 Y ILANES

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

Razón Social/Nombres y Apellidos: SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS DAULEMED S.A. Identificación: 0993326283001

Fecha Emisión: 14/06/2024

Guía de Remisión:

| Cod. Principal | Cod. Auxiliar | Cant   | Descripción                                    | Precio Unitario | Descuento | Total Sin Impuestos |
|----------------|---------------|--------|--|-----------------|-----------|---------------------|
| 001            | 001           | 200.00 | HONORARIOS PROFESIONALES DE UROLOGIA MAYO 2024 | 4.400000        | 0.00      | 880.00              |
| 002            | 002           | 80.00  | CITOSCOPIA                                     | 55.000000       | 0.00      | 4400.00             |

|                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| <b>SUBTOTAL 15%</b>              | <b>0.00</b>    |
| <b>SUBTOTAL 0%</b>               | <b>5280.00</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>5280.00</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>5280.00</b> |

**Información Adicional**

**Dirección** AV. LEON FEBRES CORDERO VIA AURORA PASCUALES KM 12.5 LOTIZ. FINCAS DE CASA GRANDE LOCAL 4A Y 4B  
**Telefono** 5016090  
**Email** jefeclinico@totalmedic.ec

**Forma Pago** OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO  
**Total** 5280.00