



R.U.C.: 1758997306001

FACTURA

No. 001-010-000000156

NUMERO DE AUTORIZACION

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2023-07-19 00:02:46+02:00

1807202301175899730600120010100000001561234567817

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISION: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1807202301175899730600120010100000001561234567817

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: 18/07/2023

Guía de Remisión:

| Cod. Principal | Cod. Auxiliar | Cant | Descripción | Precio Unitario | Descuento | Total Sin Impuestos |
|----------------|---------------|------|-----------------------------|-----------------|-----------|---------------------|
| 042 | 042 | 1.00 | USO DE EQUIPO (CISTOSCOPIO) | 180.000000 | 0.00 | 180.00 |
| 043 | 043 | 1.00 | ASA DE RESECCIÓN | 50.000000 | 0.00 | 50.00 |

| | |
|----------------------------------|---------------|
| SUBTOTAL 12% | 230.00 |
| SUBTOTAL 0% | 0.00 |
| SUBTOTAL no objeto de IVA | 0.00 |
| SUBTOTAL exento de IVA | 0.00 |
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 230.00 |
| TOTAL Descuento | 0.00 |
| IVA 12% | 27.60 |
| PROPINA | 0.00 |
| IMPORTE TOTAL | 257.60 |

| Información Adicional | |
|-----------------------|--|
| Dirección | CALLE FLORES PÉREZ Y CLOTARIO PAZ Edf. ATLANTIS |
| Teléfono | 042344711 |
| Email | facturasprestadores@planvital.ec |
| Observación | Pcte, JOHANNY MONTES - CLÍNICA ALCIVAR |

| | |
|-------------------|--|
| Forma Pago | OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO |
| Total | 257.60 |