



R.U.C.: 0703194910001

**FACTURA**

No. 001-010-000000069

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2023-09-22 18:15:33+02:00

2209202301070319491000120010100000000691234567815

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



2209202301070319491000120010100000000691234567815

**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: BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

Identificación: 0992581441001

Fecha Emisión: 22/09/2023

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
001	001	1.00	HONORARIOS MEDICOS PROFESIONALES	650.000000	0.00	650.00

<b>SUBTOTAL 12%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>650.00</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>650.00</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>650.00</b>

**Información Adicional**

**Dirección** Av. Joaquin Orrantía y Av. Juan Tanca Marengo. Torres Mall del Sol Torre A  
**Telefono** 044008000  
**Email** reclamos@bestdoctorsinsurance.com  
**Observacion** honorarios médicos por atención a la paciente Tatiana Abad Zurita por interconsulta y pase de visita de medicina crítica los días 20-21 de septiembre 2023

**Forma Pago**

OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO

**Total**

650.00