



R.U.C.: 1758997306001

**FACTURA**

No. 001-010-000000717

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2025-03-25 17:16:13+01:00

2503202501175899730600120010100000007171234567811

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



2503202501175899730600120010100000007171234567811

**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: AGUIRRE ELIZALDE MAURICIO XAVIER

Identificación: 1705048344

Fecha Emisión: 25/03/2025

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
022	022	1	HONORARIOS POR CONSULTA MÉDICA	50.0000	0	50
027	027	1	ECOGRAFÍA	20.0000	0	20

<b>SUBTOTAL 15%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>70</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>70.00</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>70.00</b>

<b>Información Adicional</b>	
<b>Dirección</b>	<b>KM 2 VÍA A SAMBORONDÓN</b>
<b>Teléfono</b>	<b>0989667690</b>
<b>Email</b>	<b>mauricioxaguirre@hotmail.com</b>
<b>Observación</b>	<b>CIE10: N390 - INFECCION DE VÍAS URINARIAS</b>

<b>Forma Pago</b>	TARJETA DE CRÉDITO
<b>Total</b>	70