



R.U.C.: 1758997306001

**FACTURA**

No. 001-010-000000645

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2025-01-28 21:04:38+01:00

2801202501175899730600120010100000006451234567811

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



2801202501175899730600120010100000006451234567811

**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: MARCOS JARAMILLO CAICEDO

Identificación: 0914671201001

Fecha Emisión: 28/01/2025

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
022	022	1.00	HONORARIOS POR CONSULTA MÉDICA	50.000000	0.00	50.00

<b>SUBTOTAL 15%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>50.00</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>50.00</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>50.00</b>

**Información Adicional**

**Dirección** Av. QUITO 4214 Y CHAVEZ FRANCO  
**Teléfono** 045059101  
**Email** mfjmaster@hotmail.com  
**Observación** CIE10: N47 - PARAFIMOSIS

<b>Forma Pago</b>	OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO
<b>Total</b>	50.00