



R.U.C.: 1104260888001

FACTURA

No. 003-010-000000718

NUMERO DE AUTORIZACION

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2024-10-31 23:43:33+01:00

3110202401110426088800120030100000007181234567819

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISION: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



3110202401110426088800120030100000007181234567819

RAMIREZ ARROBO NAYRA CRISTINA

Matriz

Dirección Matriz: PUNZARA PIO JARAMILLO ALVARADO 19-126 Y CHILE Y GOBERNACION DE MAINAS

Dirección Establecimiento: PUNZARA PIO JARAMILLO ALVARADO 19-126 Y CHILE Y GOBERNACION DE MAINAS

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

Razón Social/Nombres y Apellidos: Hospital Clínica San Agustín CIA. LTDA.

Identificación: 1190004151001

Fecha Emisión: 31/10/2024

Guía de Remisión:

| Cod. Principal | Cod. Auxiliar | Cant | Descripción | Precio Unitario | Descuento | Total Sin Impuestos |
|----------------|---------------|------|--------------------|-----------------|-----------|---------------------|
| 004 | 38 | 1.00 | HONORARIOS MÉDICOS | 1199.690000 | 0.00 | 1199.69 |

| | |
|----------------------------------|----------------|
| SUBTOTAL 15% | 0.00 |
| SUBTOTAL 0% | 1199.69 |
| SUBTOTAL no objeto de IVA | 0.00 |
| SUBTOTAL exento de IVA | 0.00 |
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 1199.69 |
| TOTAL Descuento | 0.00 |
| IVA 15% | 0.00 |
| PROPINA | 0.00 |
| IMPORTE TOTAL | 1199.69 |

| Información Adicional | |
|-----------------------|--|
| Dirección | 18 de Noviembre 207-32 y Azuay |
| Teléfono | 2570314 |
| Email | contabilidad3@hospitalclnicasanagustin.com |

| | |
|-------------------|--|
| Forma Pago | SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO |
| Total | 1199.69 |