

**MEDRANDA ALCIVAR ANDERSON MICHAEL****Matriz**

Dirección Matriz: AV 23 S/N ENTRE CALLE 13 Y 14

Dirección Establecimiento: AV 23 S/N ENTRE CALLE 13 Y 14

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

R.U.C.: 1310270044001

**FACTURA**

No. 001-010-000000185

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2023-02-08 21:15:36+01:00

0802202301131027004400120010100000001851234567815

**AMBIENTE: PRODUCCION****EMISION: NORMAL****CLAVE DE ACCESO**

0802202301131027004400120010100000001851234567815

Razón Social/Nombres y Apellidos: GINA COBEÑA

Identificación: 1304649815

Fecha Emisión: 08/02/2023

Guía de Remisión:

| Cod. Principal | Cod. Auxiliar | Cant | Descripción | Precio Unitario | Descuento | Total Sin Impuestos |
|----------------|---------------|------|-------------|-----------------|-----------|---------------------|
| 001            | 01            | 1.00 | PANORAMICA  | 15.00           | 0.00      | 15.00               |

**Información Adicional**

**Dirección** MANTA  
**Teléfono** 999999999  
**Email** rxdental735@gmail.com

|                                  |              |
|----------------------------------|--------------|
| <b>SUBTOTAL 12%</b>              | <b>0.00</b>  |
| <b>SUBTOTAL 0%</b>               | <b>15.00</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>15.00</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>15.00</b> |

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>Forma Pago</b> | SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO |
| <b>Total</b>      | 15.00                                  |