



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

RÉGIMEN RIMPE: CONTRIBUYENTE RÉGIMEN RIMPE

R.U.C.: 1310270044001

FACTURA

No. 001-010-000000085

NUMERO DE AUTORIZACION

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2022-12-09 17:26:06+01:00

0912202201131027004400120010100000000851234567817

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISION: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0912202201131027004400120010100000000851234567817

Razón Social/Nombres y Apellidos: ROBINSON LUZARDO

Identificación: 1315963742

Fecha Emisión: 09/12/2022

Guía de Remisión:

| Cod. Principal | Cod. Auxiliar | Cant | Descripción | Precio Unitario | Descuento | Total Sin Impuestos |
|----------------|---------------|------|-------------|-----------------|-----------|---------------------|
| 001 | 01 | 1.00 | PANORAMICA | 15.000000 | 0.00 | 15.00 |

Información Adicional
Dirección MANTA
Telefono 0979802567
Email rxdental735@gamil.com

| | |
|----------------------------------|--------------|
| SUBTOTAL 12% | 0.00 |
| SUBTOTAL 0% | 15.00 |
| SUBTOTAL no objeto de IVA | 0.00 |
| SUBTOTAL exento de IVA | 0.00 |
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 15.00 |
| TOTAL Descuento | 0.00 |
| IVA 12% | 0.00 |
| PROPINA | 0.00 |
| IMPORTE TOTAL | 15.00 |

Forma Pago SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO
Total 15.00