



R.U.C.: 0703194910001

**FACTURA**

No. 001-010-000000567

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2025-12-10 23:19:55+01:00

1012202501070319491000120010100000005671234567811

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



1012202501070319491000120010100000005671234567811

**ROOSEMBERG ORDOÑEZ FERNANDO JOSE**

**Matriz**

Dirección Matriz: MACHALA BOLIVAR PAREDES S/N Y LAUTARO CASTILLO RAMIREZ

Dirección Establecimiento: MACHALA BOLIVAR PAREDES S/N Y LAUTARO CASTILLO RAMIREZ

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

Razón Social/Nombres y Apellidos: SERVIUEES

Identificación: 0993287881001

Fecha Emisión: 10/12/2025

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
001	001	1.00	HONORARIOS MEDICOS PROFESIONALES	958.000000	0.00	958.00

<b>SUBTOTAL 15%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>958.00</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>958.00</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>958.00</b>

**Información Adicional**

Dirección URB. TORNERO 3 SL 15,16,17 MZ G  
Telefono 045015777  
Email facturacion.honorarios@ueesclinic.med.ec  
Observacion HONORARIOS MEDICOS POR ATENCION A PACIENTE ANDRADE MOSQUERA KARINA DE LA NUBE

**Forma Pago** SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO  
**Total** 958.00