



R.U.C.: 0918113051001

FACTURA

No. 001-010-000000156

NUMERO DE AUTORIZACION

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2024-02-15 15:07:33+01:00

1502202401091811305100120010100000001561234567818

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISION: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



1502202401091811305100120010100000001561234567818

ABARCA RENDON FRANCISCO MANUEL

Matriz

Dirección Matriz: GUAYAS / GUAYAQUIL / TARQUI / AV. ABEL CASTILLO SOLAR 1-17 Y AV. JUAN TANCA MARENGO

Dirección Establecimiento: GUAYAS / GUAYAQUIL / TARQUI / AV. ABEL CASTILLO SOLAR 1-17 Y AV. JUAN TANCA MARENGO

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

Razón Social/Nombres y Apellidos: FIDEICOMISO TITULARIZACION OMNI HOSPITAL

Identificación: 0992426187001

Fecha Emisión: 15/02/2024

Guía de Remisión:

| Cod. Principal | Cod. Auxiliar | Cant | Descripción | Precio Unitario | Descuento | Total Sin Impuestos |
|----------------|---------------|------|-----------------------------------|-----------------|-----------|---------------------|
| 36426 | 3125641 | 1.00 | REMISION DE PACIENTES LABORATORIO | 245.940000 | 0.00 | 245.94 |
| 6262765 | 5316 | 1.00 | REMISION DE PACIENTE IMAGENES | 149.050000 | 0.00 | 149.05 |

| | |
|----------------------------------|---------------|
| SUBTOTAL 12% | 0.00 |
| SUBTOTAL 0% | 394.99 |
| SUBTOTAL no objeto de IVA | 0.00 |
| SUBTOTAL exento de IVA | 0.00 |
| SUBTOTAL SIN IMPUESTOS | 394.99 |
| TOTAL Descuento | 0.00 |
| IVA 12% | 0.00 |
| PROPINA | 0.00 |
| IMPORTE TOTAL | 394.99 |

| Información Adicional | |
|-----------------------|---|
| Dirección | AV. ROMEO CASTILLO S/N Y AV. JUAN TANCA MARENGO |
| Telefono | 2109000 |
| Email | mvera@omnihospital.com.ec |
| Observación | REMISION DE PCTES |

| | |
|----------------------|--|
| Forma Pago | SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO |
| Total | 394.99 |
| Plazo | 10 |
| Unidad Tiempo | Dias |