



R.U.C.: 1104260888001

**FACTURA**

No. 003-010-000001799

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2026-03-02 16:38:45+01:00

0203202601110426088800120030100000017991234567815

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



0203202601110426088800120030100000017991234567815

**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: 02/03/2026

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
004	38	1.00	HONORARIOS MÉDICOS	934.050000	0.00	934.05

<b>SUBTOTAL 15%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>934.05</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>934.05</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>934.05</b>

**Información Adicional**

Dirección 18 de Noviembre 207-32 y Azuay  
Telefono 2570314  
Email contabilidad3@hospitalclnicasanagustin.com

**Forma Pago**

OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO

**Total**

934.05