



**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. 001-010-000000053

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2022-11-24 21:39:54+01:00

2411202201131027004400120010100000000531234567810

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



2411202201131027004400120010100000000531234567810

Razón Social/Nombres y Apellidos: GABRIEL FERNANDEZ

Identificación: 1310790041

Fecha Emisión: 24/11/2022

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
005	05	1.00	PERIAPICAL	6.00	0.00	6.00

**Información Adicional**  
Dirección MANTA  
Telefono 0996338155  
Email rxdental735@gamil.com

<b>SUBTOTAL 12%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>6.00</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>6.00</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>6.00</b>

**Forma Pago** SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO  
**Total** 6.00