



R.U.C.: 1758997280001

**FACTURA**

No. 001-010-000000360

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2024-08-02 02:31:59+02:00

2607202401175899728000120010100000003601234567819

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



2607202401175899728000120010100000003601234567819

**MOLINA PEÑA ANABEL VANESSA**

**Matriz**

Dirección Matriz: XIMENA ENTRE CORONEL OF 509 Y Y AZUAY

Dirección Establecimiento: XIMENA ENTRE CORONEL OF 509 Y Y AZUAY

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

RÉGIMEN RIMPE: CONTRIBUYENTE RÉGIMEN RIMPE

Razón Social/Nombres y Apellidos: INDIRA GUEVARA CARRIÓN

Identificación: 0930880083

Fecha Emisión: 26/07/2024

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
051	051	1.00	PAPANICOLAOU	20.000000	0.00	20.00
052	052	1.00	CONSULTA	40.000000	0.00	40.00
053	053	1.00	COLPOSCOPIA	30.000000	0.00	30.00

<b>SUBTOTAL 15%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>90.00</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>90.00</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>90.00</b>

**Información Adicional**

**Dirección** Urb. SANTA CECILIA MANZANA K VILLA 28  
**Teléfono** 0939367347  
**Email** indi.guevara@hotmail.com  
**Observación** CIE10: Z014 - EXAMEN GINECOLÓGICO DE RUTINA

**Forma Pago**

OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO

**Total**

90.00