



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. 001-010-000000063

NUMERO DE AUTORIZACION

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2022-12-05 14:35:59+01:00

0512202201131027004400120010100000000631234567819

AMBIENTE: PRODUCCION

EMISION: NORMAL

CLAVE DE ACCESO



0512202201131027004400120010100000000631234567819

Razón Social/Nombres y Apellidos: SEGUNDO DELGADO

Identificación: 1300964028

Fecha Emisión: 05/12/2022

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
001	01	1.00	PANORAMICA	15.00	0.00	15.00

Información Adicional
Dirección MONTECRISTI
Telefono 999999999
Email rxdental735@gamil.com

SUBTOTAL 12%	0.00
SUBTOTAL 0%	15.00
SUBTOTAL no objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL exento de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	15.00
TOTAL Descuento	0.00
IVA 12%	0.00
PROPINA	0.00
IMPORTE TOTAL	15.00

Forma Pago SIN UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO
Total 15.00