



R.U.C.: 1719686246001

**FACTURA**

No. 001-010-000000001

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2022-12-08 21:40:00+01:00

0712202201171968624600120010100000000011234567810

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



0712202201171968624600120010100000000011234567810

**RODRIGUEZ SANCHEZ JOSELYN MIREYA**

**Matriz**

Dirección Matriz: POMASQUI NUEVA VIA EQUINOCCIAL LOTE 300

Dirección Establecimiento: POMASQUI NUEVA VIA EQUINOCCIAL LOTE 300

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

RÉGIMEN RIMPE: CONTRIBUYENTE RÉGIMEN RIMPE

Razón Social/Nombres y Apellidos: DENTALALLIANCE S.A.S.

Identificación: 1793191101001

Fecha Emisión: 07/12/2022

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
001		1.00	HONORARIOS PROFESIONALES	451.990000	0.00	451.99
002		1.00	HONORARIOS ADMINISTRATIVOS	440.000000	0.00	440.00

<b>SUBTOTAL 12%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>891.99</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>891.99</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>891.99</b>

<b>Información Adicional</b>	
<b>Dirección</b>	condado shopping
<b>Telefono</b>	0958627985
<b>Email</b>	dentalsicondado@gmail.com

<b>Forma Pago</b>	DINERO ELECTRÓNICO
<b>Total</b>	891.99