



R.U.C.: 0916676547001

**FACTURA**

No. 003-010-000000171

**NUMERO DE AUTORIZACION**

FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN 2026-01-09 03:42:17+01:00

0801202601091667654700120030100000001711234567816

**AMBIENTE: PRODUCCION**

**EMISION: NORMAL**

**CLAVE DE ACCESO**



0801202601091667654700120030100000001711234567816

**VERA POZO EMILIA DEL ROSARIO**

**Matriz**

Dirección Matriz: GUAYAS / GUAYAQUIL / TARQUI / AV. PRINCIPAL S/N

Dirección Establecimiento: GUAYAS / GUAYAQUIL / TARQUI / AV. PRINCIPAL S/N

Contribuyente Especial Nro:

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: NO

Razón Social/Nombres y Apellidos: LATINA SALUD COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA, S.A. Identificación: 0992444649001

Fecha Emisión: 08/01/2026

Guía de Remisión:

Cod. Principal	Cod. Auxiliar	Cant	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Total Sin Impuestos
039	039	1.00	HONORARIOS MÉDICOS POR ESTUDIO VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - COPAGO	131.200000	0.00	131.20

<b>SUBTOTAL 15%</b>	<b>0.00</b>
<b>SUBTOTAL 0%</b>	<b>131.20</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>131.20</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>131.20</b>

**Información Adicional**

**Dirección** PARQUE EMPESARIAL COLÓN EDIFICIO CORPORATIVO 3  
**Telefono** 042590500  
**Email** pamela.leon@latinasalud.com.ec  
**Observacion** Pcte. XAVIER GONZÁLEZ CHALEN

**Forma Pago** OTROS CON UTILIZACION DEL SISTEMA FINANCIERO  
**Total** 131.20