



**CI/RUC:** 1723413363001

**Factura:** 001-001-000025806

**NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:**

1509202501172341336300120010010000258060100101119

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACIÓN**

15-09-2025 : 08:47:08

**AMBIENTE:** PRODUCCIÓN

**EMISIÓN:** NORMAL

**CLAVE DE ACCESO**



1509202501172341336300120010010000258060100101119

**PAREDES PACHA BYRON OSWALDO**

**Dirección Matriz:**

CARAPUNGO GALO PLAZA LASSO N15-392

**Dirección Sucursal:**

PASAJE SN N15-396 Y GALO PLAZA LASSO

**Teléfono:** 022427150/0997545626/0992489214/0959749898

**Email:** facturacionmedvet@gmail.com

**Contribuyente Especial :** NO

**OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD:** NO

\*\*\*\*\* **REGIMEN GENERAL** \*\*\*\*\*

**Razón Social / Nombres y Apellidos:** CONSUMIDOR FINAL

**Teléfono:** 2427150

**Email:** panterecuador@hotmail.com

**Identificación:** 9999999999999

**Fecha de Emisión:** 15-09-2025

**Vendedor:** GENESIS PAREDES

**Dirección:** CARAPUNGO - PICHINCHA (Quito)

**Guía Remisión:**

Cod. Principal	Cant.	Descripción	Precio Unitario	Precio Total
AMINOL AB_FOR TE_500 ML	1	AMINOIMPULSOR ORAL	\$4.95000	\$4.95000

**Observaciones:**

<b>SUBTOTAL 0%</b>	\$4.95
<b>SUBTOTAL SIN IMPUESTO</b>	\$4.95
<b>DESCUENTO</b>	\$0.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>\$4.95</b>

FORMA DE PAGO	VALOR
Efectivo	\$4.95

GRACIAS POR SU CONFIANZA