



Nro. Factura:
Fecha Emision:
Nombres/Razon:
Telefono:

Autorizacion:
RUC Cliente:
Direccion Cliente:

Codigo	Descripcion	Cant.	P.Unit.	Dscto.	Subtotal

Total Sin Impto.:

Impuesto 12%:

Impuesto 0%:

Valor a Pagar:

PAVOR CANCELAR CON CHEQUE CRUZADO A NOMBRE DE
Salgraf Cia. Ltda.
EL COMPROBANTE DE RETENCION DEBERA SER
ENTREGADO DENTRO DEL TERMINO NO MAYOR
A 5 DIAS DE RECIBIDA ESTA FACTURA

CLIENTE - RECIBI CONFORME
FIRMA Y SELLO

Salgraf Cia. Ltda

Debo y pagare incondicionalmente a la orden de _____ la cantidad de _____ en esra ciudad de Quito
En caso de mora me comprometo a pagar el interes del _____ anual desde su vencimiento hasta la
cancelacion de la deuda. En el evento de juicio me someto a los jueces de la ciudad de Quito y al
procedimiento ejecutivo o verbal sumario a eleccion de _____ sin protesto eximese de presentacion
para el pago y de aviso por falta del mismo.

QUITO, _____ DE _____ DEL _____

CLIENTE