

# NOMBRE DE SU COMPAÑÍA

Lema de su compañía

Dirección  
Ciudad, Código postal  
Teléfono:

Fecha:

Factura:

POR: Descripción del  
proyecto o servicio

FACTURA A:  
Nombre:  
Nombre de la compañía:  
Dirección:  
Ciudad, Código postal  
Teléfono

DESCRIPCIÓN	HORAS	TASA	CANTIDAD
		SUBTOTAL	
		IMPUESTO SOBRE VENTAS	
		OTROS	
		TOTAL	

Extienda todos los cheques pagaderos a Nombre de su compañía  
Total a pagar en 15 días. Las Cantidades vencidas tendrán un cargo de servicio de un 1% por mes.