

**Codigo Generación:** 5579060B-151D-804B-8844-A0DCEDC640BC

**Numero Control:** DTE-03-M001P001-000000000007359

**Sello de recepción:** 20263D005D84398F4192B6364D938279608AOEV0



**Modelo facturación:** Previa

**Tipo de transmisión:** Normal

**Fecha Generación:** 2026-04-01

### Emisor

<b>Nombre o razón social:</b>	ENMANUEL S.A DE C.V
<b>NIT:</b>	06141111931016
<b>NRC:</b>	771228
<b>Actividad Económica:</b>	Servicios N. C.P.
<b>Dirección:</b>	URB LA SULTANA PJE LA CEIBA 4
<b>Número de teléfono:</b>	25004288
<b>Correo electrónico:</b>	info.elsalvador@prohygiene.com
<b>Nombre Comercial:</b>	PROHYGIENE (SAN SALVADOR)
<b>Tipo Establecimiento:</b>	Casa Matriz
<b>Ejecutivo:</b>	KARLA HERNANDEZ

### Receptor

<b>Nombre o razón social:</b>	INOX SOLUTIONS, S.A. DE C.V.
<b>NRC:</b>	2467520
<b>Actividad Económica:</b>	Fabricación de productos metálicos para uso estructural
<b>Tipo doc. identidad.:</b>	NIT
<b>N° doc. identificación:</b>	06141112151049
<b>Correo electrónico:</b>	FInoxsol@iccuscatlan.com
<b>Nombre Comercial:</b>	INOX SOLUTIONS, S.A. DE C.V.
<b>Dirección:</b>	KM 13.5, CL. ANTIGUA A TONACATEPEQUE APOPA
<b>Cliente:</b>	19680

### VENTA A CUENTA DE TERCEROS

**NIT:** Nombre o Razon Social:

### DOCUMENTOS RELACIONADOS

Tipo de documento			N° de documento			Fecha del documento		
N°	CANT	UND	DESCRIPCION	P. UNIT	DESC	NO SUJETAS	EXENTAS	GRAVADAS
1	1.000	Otra	FACTURA DE SERVICIO. (PERIODO FACTURADO 01/04/2026 - 30/04/2026)	100.6100	0.00	0.00	0.00	100.61
<b>SUMA DE VENTAS:</b>						0.00	0.00	100.61
						<b>Total Operaciones:</b>		100.61
						<b>Descuentos no sujetos:</b>		0.00
						<b>Descuentos exentos:</b>		0.00
						<b>Descuentos gravados:</b>		0.00
						<b>Impuesto al Valor Agregado 13%:</b>		13.08
						<b>Subtotal:</b>		100.61
						<b>IVA Retenido:</b>		0.00
						<b>Retención Renta:</b>		0.00
						<b>Monto Total Operación:</b>		113.69
						<b>Total a Pagar:</b>		113.69

**Valor en letras:** CIENTO TRECE CON 69/100 DÓLARES.

**Observaciones:** ARTICULOS EN COMODATO: 4: MOPA MOD 42, 1: ALFOMBRA 2X3 AZUL, 1: ALFOMBRA 3X4 GRIS PLATINUM, 2: DISPENSER DESODORIZACION MAX, 2: DISPENSER AROMATIZADOR MAX

**Condicion de la Operación:** Credito

**Orden de Compra:**

**Reponsable Emisor:**

**N° de documento:**

**Responsable Receptor:**

**N° de documento:**