

PROBANTE CONTABLE

Probante : 281890
 Origen : 4050 GUAYAQUIL
 Tipo : 224 SUBGERENCIA DE CONTABILIDAD
 Descripción : JENNY RAMOS DEL 7 AL 10 AGOSTO PROV AZUAY
 Fecha : 15/08/2017
 Comprobante : NO MAYORIZADO NO AUTORIZADO

COD/CUENTA	NOMBRE	Aux	NOMBRE	OFI	NOMBRE	Area	Concepto	VALOR M. NACIONAL		TIPO
								DEBITO	CREDITO	
45019027006	VIATICOS Y SUBSISTEN EL P	0917129975	ROMERO RAMOS JENNY MARISO	4050	GUAYAQUIL	224	JENNY RAMOS DEL 7 AL 10 AGOSTO PROV AZUAY	240.00		N
19909009	VIATICOS Y SUBSISTENCIAS	0917129975	ROMERO RAMOS JENNY MARISO SUCURSAL GUAYAQUIL	4050	GUAYAQUIL	224	CANC ANT JRAMOS DEL 4AG17	200.00		N
29909090021	TRANSF AUTOMATICA INTERNA	2000100102		4050	GUAYAQUIL	224	CR AH 4002173564 JENNY RAMOS	40.00		N

TOTALES REPORTE :

240.00 240.00

Página: 1

BANECUADOR 15/08/2017 N-ON
 4 13:03:18 19 0 jrguerrero 1060
 253 N/C AHORROS SIN LIBRETA 855863637
 No.Cuenta: 4-00217356-4
 Nombre: ROMERO RAMOS JENNY MARISOL
 Indicador: 1 EFECTIVO
 Causa: 259 N/C AHORROS VARIOS
 Dpto: 113 02412000 DPTO. SERVICIOS BANCARIOS
 Valor: 40.00
 Ref BCE: CONT 281890

[Handwritten signature]

Aprobacion Superior por:

[Handwritten signature]

Resp. Unidad

[Handwritten signature]

Revisado por:

[Handwritten signature]

Elaborado por:

NO

SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA COMISION DE SERVICIOS			
Fecha Solicitud:	31/07/2017	GUAYAQUIL	Nro. Solicitud : 00-siglas-2016
DATOS GENERALES			
Apellidos-Nombres del Servidor:	JENNY MARISOL ROMERO RAMOS		
Puesto:	MEDICO ZONA 5		
Secuencial	607		
Lugar de la Comisión:	CUENCA		
Nombre de la Unidad del Servidor:	GESTION DEL CAMBIO Y CULTURA ORGANIZACIONAL		

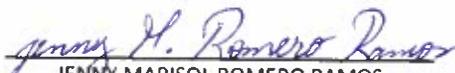
Fecha/Salida: 07/08/2017 Hora/Salida: 07:00 Fecha/Llegada: 10/08/2017 Hora/Llegada: 20:00
 (Lugar habitual de trabajo) (Lugar habitual de trabajo)

Descripción de las Actividades a realizarse :	APERTURA DE HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES , ATENCION MEDICA, TOMA DE SIGNOS VITALES. CAMPAÑA DE INMUNIZACION CONTRA LA INFLUENZA.
Servidores Integran Comisión:	JENNY MARISOL ROMERO RAMOS

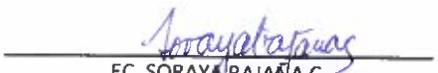
TRANSPORTE			
Tipo Transporte:	TERRESTRE		
Nombre Transporte:	BANECUADOR		
Ruta:	GUAYAQUIL-CUENCA		
Fecha Salida:	07/08/2017	Hora Salida:	07:00
Fecha Retorno:	10/08/2017	Hora Retorno:	20:00

LIQUIDACION							
SERVIDOR	GRUPO OCUPACIONAL	NIVEL	CEDULA	VIATICO	SUBSISTENCIA	ALIMENTACION	TOTAL
JENNY MARISOL ROMERO RAMOS	MEDICO ZONA 5		917129975		0.00	0.00	0.00

DATOS PARA LA TRANSFERENCIA					
Tipo de Cuenta:	AHORRO	Número/ Cuenta:	4002173564	Banco:	BANECUADOR


 JENNY MARISOL ROMERO RAMOS
 COMISIONADO


 EC. SORAYA BAJIÑA C.
 JEFE INMEDIATO


 EC. SORAYA BAJIÑA C.
 AUT. GERENTES AREA / ZONAL

GERENTE GENERAL

NOTA: Esta Solicitud deberá ser presentada para su Autorización, con por lo menos 72 horas de anticipación al cumplimiento de los servicios institucionales.

- De no existir disponibilidad presupuestaria, tanto la solicitud como la autorización quedarán insubistentes
- El informe de las Actividades Realizadas y Productos Alcanzados deberá presentarse dentro del término de 4 días laborables de cumplida la Comisión
- los días de descanso obligatorio se requiere la Autorización de la Gerencia General.

AUTORIZACION DE DEBITO
Yo, JENNY ROMERO RAMOS , identificado con la cédula de ciudadanía No. 09117129975 autorizo expresamente a BANECUADOR B.P., para que realice el descuento de mi Cuenta de Ahorros No. 4002173564 y en caso de no contar con los fondos suficientes, realice el descuento de mi rol o liquidación final de haberes, por no haber justificado el cumplimiento de la comisión de servicios institucionales.
 Firma de Autorizacion

Nro. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA CUMPLIMIENTO DE SERVICIOS INSTITUCIONALES: _____ FECHA DE INFORME (dd-mmm-aaa) **14/08/2017**

DATOS GENERALES

APELLIDOS - NOMBRES DEL SERVIDOR(A) **JENNY MARISOL ROMERO RAMOS** PUESTO QUE OCUPA: **MEDICO ZONA 5**

CIUDAD – PROVINCIA DEL SERVICIO INSTITUCIONAL: **CUENCA** NOMBRE DE LA UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL SERVIDOR(A) **GESTION DEL CAMBIO Y CULTURA ORGANIZACIONAL**

SERVIDORES QUE INTEGRAN EL SERVICIO INSTITUCIONAL: **JENNY MARISOL ROMERO RAMOS**

OBJETIVO DE LA COMISION: **APERTURA Y/O ACTUALIZACION DE HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES, ATENCION MEDICA, CAMPAÑA DE INMUNIZACION CONTRA LA INFLUENZA.**

RESULTADO DE LA COMISION: **SE REALIZO LA APERTURA Y/O ACTUALIZACION DE FICHAS MEDICAS OCUPACIONALES A UN TOTAL DE 64 PERSONAS Y 46 PERSONAS INMUNIZADAS.**

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES: **SE REALIZO LA APERTURA Y/O ACTUALIZACION DE FICHAS MEDICAS OCUPACIONALES A UN TOTAL DE 64 PERSONAS E INMUNIZACION A 46 SERVIDORES/AS.**

OBSERVACIONES: **NINGUNA**

ITINERARIO	SALIDA	LLEGADA	NOTA
FECHA dd-mmm-aaa	07/08/2017	10/08/2017	Estos datos se refieren al tiempo efectivamente utilizado en el cumplimiento del servicio institucional, desde la salida y llegada del lugar de residencia y/o lugar habitual de trabajo.
HORA hh:mm	07:00	18:30:00 p.m.	

TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE	NOMBRE DE TRANSPORT	RUTA	SALIDA		LLEGADA	
			FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm	FECHA dd-mmm-aaaa	HORA hh:mm
Aéreo Terrestre BanEc X Otros	BANECUADOR	GUAYAQUIL - CUENCA	07/08/2017	07:00	10/08/2017	18:30

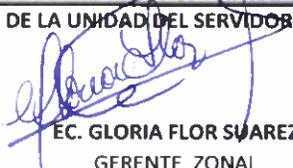
REEMBOLSO DE GASTOS

MOVILIZACIÓN	PEAJE	COMBUSTIBLE	IMPREVISTO	TOTAL	VALOR JUSTIFICADO
-	-	-	-	-	-

CONTROL Y LIQUIDACIÓN: La Unidad Financiera, realizara el control y la respectiva liquidación de los valores previamente asignados; sobre la base de los informes, pases a bordo, Certificado de Cumplimiento de la comisión por cada Sucursal visitada Avalada por el Gerente Responsable, Detalle del Justificativo (70%) de Gastos realizados en la comisión de hospedaje y alimentacion.

<p align="center">FIRMA DEL SERVIDOR (A)</p>  <p>NOMBRE: JENNY MARISOL ROMERO RAMOS CARGO: MEDICO ZONA 5</p>	<p align="center">NOTA</p> <p>El presente informe deberá presentarse dentro del término de 4 días de cumplida la comisión, al Jefe Inmediato y/o Máxima Autoridad para su autorización, quien pondrá en conocimiento a la Unidad Financiera, caso contrario se tendrá que restituir los valores percibidos.</p>
--	--

FIRMAS DE APROBACIÓN

<p align="center">FIRMA RESPONSABLE DE LA UNIDAD DEL SERVIDOR COMISIONADO</p>  <p>NOMBRE: EC. GLORIA FLOR SUAREZ CARGO: GERENTE ZONAL</p>	<p align="center">FIRMA JEFE INMEDIATO RESPONSABLE DE LA UNIDAD</p>  <p>NOMBRE: EC. GLORIA FLOR SUAREZ CARGO: GERENTE ZONAL</p>
---	---

VERSIÓN: MARZO 2014 CÓDIGO:

Ecuador CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 07 DE AGOSTO DEL 2017
 NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: PAUTE
 NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: Ing. Ruth Cárdenas Pesantez

En calidad de Gerente certifico que el servidor : **DRA. JENNY ROMERO RAMOS**
 ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
LUNES	07/08/2017	16H14	17h40

Certifico que el servidor SI NO ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión.



 Gerente / Responsable
 Ing. Ruth Cárdenas Pesantez


 Servidor
 DRA. JENNY ROMERO RAMOS

NOMBRE: Ing. Ruth Cárdenas Pesantez NOMBRE: DRA. JENNY ROMERO RAMOS

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

SUCURSAL PAUTE



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÒN

FECHA: 08/082017

NOMBRE DE ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA AGENCIA CAÑAR

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE SR. REMIGIO MUÑOZ

En calidad de Gerente o Responsable de GERENTE DE AGENCIA CANTONAL
certifico que el sr/sra/srta DRA. JENNY ROMERO RAMOS ha cumplido la comisión programada
de acuerdo al siguiente horario:

DIA	FECHA	HORAS DE ENTRADA	HORAS DE SALIDA
MARTES	08/08/2017	08h30	11H30

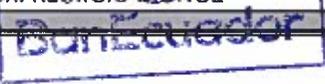
Certifico que el comisionado SI NO ha utilizado vehículo de la institución durante la comisión.

GERENTE DE AGENCIA CANTONAL
SR. REMIGIO MUÑOZ

Funcionario/Empleado
Nombre: DRA. JENNY ROMERO RAMOS

NOMBRE:

Nombre:



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

FECHA: 08/08/2017
NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: BIBLIAN
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ECON. SANDRA OCHOA VICUÑA

En calidad de Gerente certifico que el servidor : JENNY ROMERO

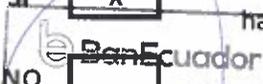
ha cumplido EL Servicio Institucional programado de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
martes	08/08/2017	12:00	13:00

Certifico que el Servidor

SI
NO

ha utilizado vehículo de la Institución durante el Servicio Institucional


Sandra Ochoa Vicuña
Sandra Ochoa Vicuña
OFICINA ESPECIAL
Gerente / Responsable

Jenny M. Romero Romero
Firma del Servidor

NOMBRE: ECON. SANDRA OCHOA VICUÑA

NOMBRE: JENNY ROMERO

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal



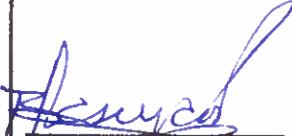
CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 08-ago-17
NOMBRE DE LA ZONAL/SUCURSAL/AGENCIA: Azogues
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: Econ. Bayron Carrasco V.

En calidad de Gerente certifico que el servidor: Dra. Jenny Romero Ramos
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
Martes	08/08/2017	14:00	17:00

Certifico que el servidor SI NO ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión.



GERENTE DE SUCURSAL
PROVINCIA
AZOGUES

NOMBRE: Econ. Bayron Carrasco V.



Servidor
NOMBRE: Dra. Jenny Romero Ramos

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 28 de Junio del 2016

NOMBRE DE LA ZONAL/SUCURSAL/AGENCIA: Zonal 6 Cuenca

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: CPA. Verónica Ludizaca Sicha

En calidad de Gerente certifico que el servidor: Dra. Jenny Romero Ramos
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
Martes	08/08/2017	17:30	18:00

Certifico que el servidor SI NO ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión.

Delegada de Servicios y Canales
NOMBRE: CPA: ~~Verónica Ludizaca Sicha~~
BALCÓN DE SERVICIOS 1
AGENCIA CANTONAL
GUALACEO

Jenny M. Romero Ramos
Servidor

NOMBRE: Dra. Jenny Romero Ramos

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISION

FECHA: 09/08/2017
NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: SUCURSAL CAMILO PONCE ENRIQUEZ
NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ECO. AZUCENA ASTUDILLO

En calidad de Gerente certifico que el servidor : DRA. ROMERO RAMOS JENNY MARISOL
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario: 11:51 A.M.

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
MIÉRCOLES	09/09/2017	11H51	13H00

Certifico que el Servidor SI NO ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión de servicios institucionales



Gerente / Responsable
NOMBRE: ECO. AZUCENA ASTUDILLO

Servidor
NOMBRE: DRA. ROMERO RAMOS JENNY MARISOL

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

FECHA: 09/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: AGENCIA SANTA ISABEL

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: Diego Arias Abad

En calidad de Gerente certifico que el servidor : Dra. JENNY ROMERO RAMOS

ha cumplido EL Servicio Institucional programado de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
MIERCOLES	09 de agosto de 2017	14h40	16h00

Certifico que el Servidor SI NO ha utilizado vehículo de la Institución durante el Servicio Institucional



NOMBRE: Diego Arias Abad

Jenny M. Romero Ramos
Firma del Servidor

NOMBRE: Dra. JENNY ROMERO RAMOS

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal



CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMISIÓN

FECHA: 09/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL/SUCURSAL/AGENCIA: GIRON

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: Ing. Edgar Clavijo

En calidad de Gerente certifico que el servidor: **Dra. ROMERO RAMONS JENNY MARISOL**
ha cumplido la comisión programada de acuerdo al siguiente horario:

DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
Miércoles	09/08/2017	17:00	18h00

Certifico que el servidor

SI

NO

ha utilizado vehículo de la Institución durante la comisión.



Gerente / Responsable
JEFE DE AGENCIA
CANTONAL GIRON

NOMBRE: Ing. Edgar Clavijo


Servidor

NOMBRE: Dra. ROMERO R. JENNY MARISOL

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO INSTITUCIONAL

FECHA: 10/08/2017

NOMBRE DE LA ZONAL /SUCURSAL/AGENCIA: CUENCA/CUENCA

NOMBRE GERENTE O RESPONSABLE: ING. DAYANA FIGUEROA RODAS

En calidad de Gerente certifico que el servidor : JENNY ROMERO RAMOS

ha cumplido EL Servicio Institucional programado de acuerdo al siguiente horario:

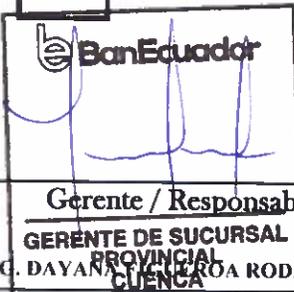
DÍA	FECHA	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA
MIÉRCOLES	09/08/2017	08H30	15h30
JUEVES	10/08/2017	08H30	13H00

Certifico que el Servidor

SI

ha utilizado vehículo de la Institución durante el Servicio Institucional

NO



NOMBRE:

ING. DAYANA FIGUEROA RODAS



Firma del Servidor

NOMBRE:

JENNY ROMERO RAMOS

Este formulario es válido únicamente con el sello de la Sucursal



ESTRELLA AGUILAR MARÍA LORENA
 RUC: 0101900256001 • Aut. SRI: 1120061765
 DIR.: BENIGNO MALO 8-59 Y MARISCAL SUCRE
 TELF: 2834159 - 2824619 - email: raym859@hotmail.com
 Cuenca - Ecuador

"OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD"

FACTURA Nº 001-001-000154521

Cliente: Jenny Romero
 Direccion: Cuzayaguil
 Fecha: 07/08/2017
 Cant: 1
 Descripción: Alimentación
 P. Unitario: 10.75
 V. Total: 10.75

MARISQUERIA
La Hueca del Cangrejo
 LETICIA MERCEDES GALLO MEJIA
 VENTA DE COMIDA Y BEBIDAS EN COMEDORES
 VENTA AL POR MAYOR Y MENOR DE PESCADOS Y MARISCOS
 Dir.: Av. Panamericana Sur 5/11 y Pascoel Polonio
 Diagonal a la Gasolera "PRIMAX"
 Telf.: 0998 287 269 ** 0992 465 520 • Morona - Ecuador

R.U.C. 1721504122001
FACTURA
 002-004-00 0016864
 AUT. SRI. 1120540122
 FECHA DE AUTORIZACIÓN 07 - 04 - 2017

Emisor: Jenny Romero
 G. DE REMISIÓN:
 DIR.: Cuzayaguil
 FONDO:
 P. DE EMISIÓN: 07/08/2017
 R.U.C./C.I. 0917129975

CANT.	DESCRIPCIÓN	P. UNITARIO	V. TOTAL
1	Alimentación		10.75

CADUCA 07 ABRIL DEL 2018.

Efectivo: 4.91
 Dinero Elect.: 0.59
 Total: 5.50

Son: _____

Subtotal 1.00 % \$ 10.75
 Subtotal 0 % \$
 Imp. IVA 1.29 % \$ 1.29
 Valor Total \$ 12.05

FIRMA AUTORIZADA: [Firma]
 RECIBI CONFORME: [Firma]
 GRAFICAS GARZON / YELA MAGALY ORAZÓN MURILLO / R.U.C.: 0792430040001
 ATE. 6530 / Telf. 3758315 / Dir.: Av. Olmedo s/n y 15 de Octubre - Morona
 168. 65012 DEL 00016101 - 0016900 - DOCUMENTO NO CATEGORIZADO

ORIGINAL: CLIENTE
 COPIA: EMISOR

FIRMA AUTORIZADA: [Firma]
 RECIBI CONFORME: [Firma]
 FELIX PORTILLA DIEGO EFRAN - CONTIPEL - RUC: 010461075001 - AUT. 13578 - TELF: 071 2824821
 Nº 000145651 AL 000180650 - Fecha de Autorización: 10/Enero/2017 Fecha de Caducidad: 10/Enero/2018
 ORIGINAL: Adquirente • 1º COPIA: Emisor

EL TURISMO CHACHA TERREROS NARITZA JUBANA

Dirección: VIA GIRON-PASAJE S/N
 Telf.: 072262880 0990978463
 E-mail: naritzachacha@hotmail.com Santa Isabel - Ecuador

Documento Categorizado: NO
 R.U.C. 0103475430001
FACTURA
 SERIE 001-001- 0005425

Fecha: 09 de Agosto 2017 AUT. SRI. 1120895949

Señor(es): Jenny Romero Ramirez

RUC: 091712997-5 Telf.: 0988889898

Dirección: Cuzayaguil

CANT.	DESCRIPCIÓN	PUNIT	V. DE VENTA
	Alimentación		16,07

Forma de pago: ADQUIRENTE ORIGINAL / EMISOR COPIA
 Efectivo: \$ 16,07
 Descuento:
 P. Electrónico:
 Subtotal: 16,07
 Descuento:
 IVA 0%:

POLLERIA LAS COLOMBIANAS

Mogrovejo Campoverde Jorge Raúl RUC. 0101953370001

Dirección: Presidente Córdova 8-72 y Benigno Malo
 Teléfono: 2839-932 (Autorización SRI 1120651040)

FACTURA Serie 001-001-00 0045585

Cuenca, 8 de Agosto del 2017 RUC.: 091712997-

Cliente: Jenny Romero

Dirección: Cuzayaguil Telf.: 0988889898

Cant.	DESCRIPCIÓN	P. Unit.	P. Total
1	Chusco	7.59	7.59
1	Leño	1.34	1.34

FORMA DE PAGO: Efectivo \$ 10, Dinero Elect. \$
 Subtotal \$ 8.93
 IVA Tarif. 0% \$
 TOTAL \$ 8.93

ORIGINAL ADQUIRENTE - COPIA EMISOR



Restaurante
Wélez Rodríguez Ruth Elena
 "Obligado a Llevar Contabilidad"
R.U.C.: 0103085452001
AUT DEL S.R.L. No 1120613666
Doc. Comprobos No

FACTURA N° 0091842
001-001-
 Dirección: Simón Bolívar 8-37 Y Luntur
 Telf.: 2 251 556 • Telefax: 2 251 779
 e-mail: info@restaurantecorvel.com • Paule
 corvel1@hotmail.com



Verified as meeting
 Rainforest Alliance
 sustainable tourism
 requirements

RUC: 0517123976
 Cliente: JENNY MARISSOL ROMERO RAMOS
 Dirección: GUAYACUIL
 Teléfono: 0286632833

Fecha: 07/09/2017
 Referencia Sistema: 31342
 Vendedor: Catherine ZHIZHAN

Cantidad	Descripción	P. Unitario	P. Total
05	LOCO FALTO	43100	2155
1	LA PINCHA CHO CORVEL	4070	4070
05	JARRA DE TARRAJA	43100	2155

Carpa, Repelente - tel: 091401 - Vinland Erika Margareta - RUC: 0101331931001 - AUT 2199
 Empl: 0090051 AL 0093150 - Fecha Autorización: 22 / Abril / 2017 - Fecha Caducidad: 22 / Abril / 2018
 Agencias: Banes - Entor - Ruanda

FORMA DE PAGO	
EPECIVO	X
DINERO ELECTRONICO	
TARJETA DE CREDITO / DEBITO	
OTROS	

[Handwritten signature]
 FIRMA AUTORIZADA

Jenny H. Romo
 CLIENTE

SUBTOTAL	% \$	8.34
SERVICIOS 10 %	% \$	0.83
SUBTOTAL	% \$	9.17
DESCUENTO	\$	0.00
SUBTOTAL	\$	9.17
I.V.A. 12 %	% \$	1.10
VALOR TOTAL	\$	10.27