



RUC.: 0190169278001

**FACTURA**

**No.: 001-002-000018310**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2110202401019016927800120010020000183106310577417

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-10-21T08:42:14-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCIÓN**

**C L A V E D E A C C E S O**



2110202401019016927800120010020000183106310577417

**ASESORES, SERVICIOS Y COMERCIO VINDELPO CIA. LTDA.**

**Dir. Matriz:** JULIO TENORIO LASSO S-6 AUTOPISTA CUENCA  
AZOGUES  
**Dir. Sucursal:** JULIO TENORIO LAZO S 6 Y AUTOPISTACUENCA  
AZOGUES  
**Teléfono:** 0998893125  
**OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD:** SI

Agente de Retención Resolución NRO. NAC-DNCRASC20-00000001

**Razon Social:** HOSPILIFE MEDICAL CIA. LTDA.

**RUC/CI:** 0190376206001

**Fecha Emisión:** 21/10/2024

**Guía de Remisión:** 5717

**Dirección:** AV 2 DE AGOSTO S/N Y VICENTE MELO Teléfono: 4112327

Cod. Principal	Descripción	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Aplica Iva	Precio Total
31-0682	CAJA 700X360X600 IMP HOSPILIFE ALTO 600 1 CL	1,039.000	2.16	0.00	S	2,244.76

**Información Adicional**

**Email:** compras@hospilifemedical.com

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	2,244.76
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	2,244.76
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	2,244.76
ICE	0.00
IVA 15%	336.71
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>2,581.47</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	2,581.47	30	DIAS

DatosAdicionales1 CREDITO 30DS AL 20-11-2024

DatosAdicionales2 LLEVA SR LUIS SANCHEZ AL 21-10-2024

RETENCION ENVIAR A contabilidad@vindelpo.com CUALQUIER INCONSISTENCIA SE RECEPTARA DENTRO DE 30DS

Pagos a nombre de VINDELPO CIA LTDA RUC:0190169278001 CTA CTE 3096969604 BCO PICHINCHA

AGENTE DE RETENCION RESOL. NAC-DNCRASC20-00000001 OCTUBRE 20