



RUC.: 0190169278001

**FACTURA**

**No.: 001-002-000020955**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2107202501019016927800120010020000209554652280319

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-07-21T09:08:33-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCIÓN**

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



2107202501019016927800120010020000209554652280319

**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

**CONTRIBUYENTE RÉGIMEN GENERAL**

Agente de Retención Resolución NRO. NAC-DNCRASC20-00000001

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

**RUC/CI:** 0190376206001

**Fecha Emisión:** 21/07/2025

**Guía de Remisión:** 8249

**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	125.000	2.16	0.00	S	270.06

**Información Adicional**

**Email:** compras@hospilifemedical.com

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	270.06
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	270.06
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	270.06
ICE	0.00
IVA 15%	40.51
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>310.57</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	310.57	30	DIAS

DatosAdicionales1 CREDITO 30DS AL 20-08-2025

DatosAdicionales2 LLEVA SR JOSE REMACHE AL 21-07-2025

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