



RUC.: 0190169278001

**FACTURA**

**No.: 001-002-000021319**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2808202501019016927800120010020000213195938432412

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-08-28T08:23:38-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCIÓN**

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



2808202501019016927800120010020000213195938432412

**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:** 28/08/2025

**Guía de Remisión:** 8601

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

Cod. Principal	Descripción	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Aplica Iva	Precio Total
75-079	PL 22XBD NAT LAMINA SIN IMPRESION HOSPILIFE	206.750	3.80	0.00	S	785.65

**Información Adicional**

**Email:** [compras@hospilifemedical.com](mailto:compras@hospilifemedical.com)

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	785.65
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	785.65
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	785.65
ICE	0.00
IVA 15%	117.85
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>903.50</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	903.50	30	DIAS

DatosAdicionales1 CREDITO 30DS AL 27-09-2025

DatosAdicionales2 LLEVA ANTHONY LUCERO AL 28-08-2025

RETENCION ENVIAR A [contabilidad@vindelpo.com](mailto: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