



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000022917**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0803202101019036063600120010030000229176393136412

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2021-03-09 11:39:24

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0803202101019036063600120010030000229176393136412

**REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA. LTDA.**

**Dir. Matriz:** JUAN INIGUEZ 2-34 Y GONZALO CORDERO

TEL:2814911

**Dir. Sucursal:** : JUAN INIGUEZ NUMERO: 2-34

**Teléfono:** 072812462

Obligado Contabilidad: SI

**Contribuyente Especial Nro** 000287

**Razon Social:** HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE AMBATO

**RUC/CI:** 1792727294001

**Fecha Emisión:** 08/03/2021

**Guia de Remisión:**

Cod. Principal	Descripción	Código Auxiliar	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
COAG:4912551190	D-DIMER GEN 2 100 TEST COBAS C311 (51964501-31.01.2022)	AD-0471-10-03	1.00	1,226.00	0.00	1,226.00

**Dirección:** HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE AMBATO

**Teléfono:** 032417070

**Email:** jlaboratorio.amb@sisantaines.com

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,373.12	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	1,226.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	1,226.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	1,226.00
ICE	0.00
IVA 12%	147.12
PROPINA	0.00
VALOR TOTAL	1,373.12