



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000024609**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

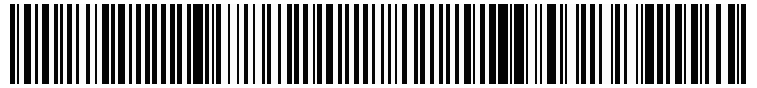
1706202101019036063600120010030000246098856761616

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2021-06-18 12:06:42

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1706202101019036063600120010030000246098856761616

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

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

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

Teléfono: 072812462

Obligado Contabilidad: SI

Contribuyente Especial Nro 000287

Razon Social: LORENA DEL ROCIO DIAZ FREIRE

RUC/CI: 0703327940001

Fecha Emisión: 17/06/2021

Guía de Remisión:

Dirección OLMEDO 436 YBUENA VISTAMACHALA, EL ORO Teléfono: 072935608

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
4657616190	UREA 400T COBAS C111 (54632201-31.01.2022)	AD-0471-10-03	1.00	43.00	0.00	43.00

**Información Adicional**

Email: julioldiaz.labclinico@gmail.com

Dirección Envío: LORENA DEL ROCIO DIAZ FREIRE DIR: OLMEDO 436 ENTRE BUENA VISTA Y NAPOLEON MERA

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	48.16	0 0	

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	43.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	43.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	43.00
ICE	0.00
IVA 12%	5.16
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>48.16</b>

Favor cancelar con cheque y/o depositar en la CTA CTE No 3456761904 del BANCO DEL PICHICHA A NOMBRE DE REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA LTDA NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699