



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000024874**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0607202101019036063600120010030000248747537319114

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2021-07-07 17:02:36

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0607202101019036063600120010030000248747537319114

**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: CLINICA AGUILAR C. LTDA.

RUC/CI: 0791732557001

Fecha Emisión: 06/07/2021

Guía de Remisión:

Dirección PICHINCHA 11-05 Y 9 DE MAYOMACHALA, EL ORO Teléfono: 072932540 EXT 118

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
3144046001	CALIBRATION SOLUTION C1 (21402508-30.11.2021)	600-RBE-071 5	1.00	307.00	0.00	307.00
3144038001	FLUID PACK C3 (21405007-30.11.2022)	600-RBE-071 5	1.00	441.00	0.00	441.00

**Información Adicional**

Email: contabilidad@clinicaaguilar.com

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	748.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	748.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	748.00
ICE	0.00
IVA 12%	89.76
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>837.76</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	837.76	0	0

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 CÍA LTDA

NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699