



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000025609**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2708202101019036063600120010030000256099085821914

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2021-08-27 12:30:43

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2708202101019036063600120010030000256099085821914

**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: HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA

RUC/CI: 1160004660001

Fecha Emisión: 27/08/2021

Guía de Remisión:

Dirección AV MANUEL AGUSTIN AGUIRRE Y J.J. SAMLOJA, LOJA Teléfono: 072587053

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-SM10446445	XL-DETERM DE TP (568002A-11.01.2023) (568006A-28.01.2023)	AD-247-05-11	8,000.00	0.71	0.00	5,696.00
XL-SM10445711	XL-DETERMINACIONES DE TPT (557646-09.11.2022)	AD-247-05-11	8,000.00	0.71	0.00	5,696.00
XL-SM10445720	XL-DETERM FIBRINÓGENO (565109-23.11.2022) (565113A25.01.2023)	AD-247-05-11	1,500.00	0.54	0.00	810.00

**Información Adicional**

Email: jeovanny.gonzaga@hial.gob.ec

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	12,202.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	12,202.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	12,202.00
ICE	0.00
IVA 12%	1,464.24
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>13,666.24</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	13,666.24	0	0

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