



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000025712**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0309202101019036063600120010030000257125303742911

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2021-09-03 17:41:59

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0309202101019036063600120010030000257125303742911

**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 DE ESPECIALIDADES MEDICAS LATINO A

**RUC/CI:** 0190092895001

**Fecha Emisión:** 03/09/2021

**Guía de Remisión:**

**Dirección:** AV 3 DE NOVIEMBRE 3-50 Y UNIDAD NACICUENCA, AZUAY Teléfono: 072822603

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
4510089056	COMBUR-10, FCOX100 T ROCHE (55017903-30.11.2022)	AD-0372-07-03	1.00	42.00	0.00	42.00
5589134190	BIL-D 100T COBAS C111 (54627701-31.07.2022)	AD-465-10-12	1.00	58.00	0.00	58.00
7876432190	CRP4 LX 200T COBAS C111 (55338801-31.05.2022)	AD-0414-09-03	1.00	180.00	0.00	180.00
4657616190	UREA 400T COBAS C111 (54632201-31.01.2022)	AD-0471-10-03	1.00	43.00	0.00	43.00
4657373190	ALK.PHOSPHAT.200T COBAS C111 (53535201-30.11.2021)	AD-0471-10-03	1.00	107.00	0.00	107.00
5401755190	CREATININ JAFEE 400T C111 (54634401-31.01.2023)	AD-138-09-10	1.00	52.00	0.00	52.00
3145611001	P1035-02.09.2022CELLPACK 20 L SYSME X	AD-102-03-10	1.00	253.00	0.00	253.00
7528604190	HDL-C GEN 4, 200 TEST COBAS C111 (53054501-31.07.2022)	3131-DME-1117	1.00	160.00	0.00	160.00
4657608190	ACIDO URICO PLUS 400T COBAS C111 (54944801-30.04.2022)	AD-0471-10-03	1.00	89.00	0.00	89.00
7005806190	LDL GEN 3 100T C111 (53582901-31.10.2022)	628-RBE-0815	1.00	109.00	0.00	109.00
4352483001	URYSYS THERMO-PRINTER PAPER 5 ROLL C111 (0221/95414-28.02.2035)	NA	1.00	28.00	0.00	28.00
10394246001	SAMPLE CUPS 250 PCS (20051175-28.02.2025)	NA	1.00	11.50	0.00	11.50

**Información Adicional**

**Email:** proveedores@clinicalatino.med.ec, contabilidad@latinoclinica.med.ec

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,268.40	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	1,132.50
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	1,132.50
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	1,132.50
ICE	0.00
IVA 12%	135.90
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>1,268.40</b>

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

Representación Impresa de Documento Electrónico (RIDE)

Posee validez tributaria y podrá imprimirlo solamente en los casos que el SRI lo dispone.