



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000026114**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0110202101019036063600120010030000261143367019516

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2021-10-01 08:50:08

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0110202101019036063600120010030000261143367019516

**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:** CENTRO DE OSTEOPOROSIS Y REHABILITACIONMEDICAL

**RUC/CI:** 0190479439001

**Fecha Emisión:** 01/10/2021

**Guía de Remisión:**

**Dirección** AN MANUEL J CALLE Y AV PAUCARBAMBAZUAY, CUENCA Teléfono: 4125046

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
5336163190	HBA1C TQ GEN.3, 150 TEST C311 (54387401-31.10.2022)	AD-182-02-11	1.00	848.00	0.00	848.00

**Información Adicional**

**Email:** larreaclavijo@gmail.com

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	848.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	848.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	848.00
ICE	0.00
IVA 12%	101.76
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>949.76</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	949.76	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**