



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000028855

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

0405202201019036063600120010030000288558517643118

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2022-05-04 08:23:31

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0405202201019036063600120010030000288558517643118

REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA. LTDA.

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

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

Teléfono: 072814911

Obligado Contabilidad: SI

Contribuyente Especial Nro 000287

Razon Social: CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO(HOSPITAL DEL DIA) - MACAS

RUC/CI: 1460011650001

Fecha Emisión: 04/05/2022

Guia de Remisión:

Dirección: AV DE LA CIUDAD SN (LA BARRANCA)DIAG AL DISTR DE SALUDMACAS TELE:3703900 Teléfono: 3703900

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-6510167001	XL-BIOMETRÍA HEMÁTICA (P1200-25.03.2023) CON APOYO TECNOLÓGICO	AD 546 04 13	3,385.00	2.00	0.00	6,770.00

Información Adicional

Email: zoila.sicha@iess.gob.ec

Dirección Envío: CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO (HOSPITAL DEL DIA) - MACAS DIR:AV DE LA CIUDAD

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	7,582.40	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	6,770.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	6,770.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	6,770.00
ICE	0.00
IVA 12%	812.40
VALOR TOTAL	7,582.40

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 CÍA LTDA

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