



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000029013

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

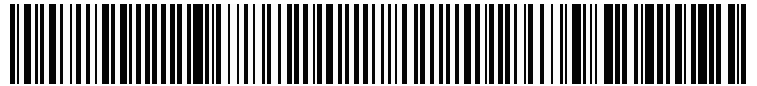
1205202201019036063600120010030000290134418493316

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2022-05-12 09:21:51

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1205202201019036063600120010030000290134418493316

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: 072814911

Obligado Contabilidad: SI

Contribuyente Especial Nro 000287

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

RUC/CI: 1460011650001

Fecha Emisión: 12/05/2022

Guía 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-20764574322	XL-FACTOR REUMATOIDEO - FR11,100T COBAS C311, DETERMINACIÓN (56258901-31.07.2023)	AD-216-04-11	400.00	3.10	0.00	1,240.00
XL-5336163190	XL-HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C-HBA1C TQ GEN3, 150 TEST C311, DETERMINACIÓN (56865201-31.03.2023)	AD-182-02-11	750.00	7.37	0.00	5,527.50

Información Adicional

Email: zoila.sicha@iess.gob.ec

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

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	6,767.50
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	6,767.50
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	6,767.50
ICE	0.00
IVA 12%	812.10
VALOR TOTAL	7,579.60

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	7,579.60	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