



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000029832**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1907202201019036063600120010030000298321164490719

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2022-07-20 08:10:05

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1907202201019036063600120010030000298321164490719

**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: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

RUC/CI: 0760005300001

Fecha Emisión: 19/07/2022

Guia de Remisión:

Dirección: AVENIDA QUITO S/N Y SUCREPASAJE, EL ORO072915546 EXT 107 Teléfono: 072915546 ext 107

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-6510167001	XL- BIOMETRÍA HEMÁTICA AUTOMATIZADA (P1218-21.04.2023)	AD 546 04 13	2,960.00	2.29	0.00	6,778.40

**Información Adicional**

Email: sandritamigas@hotmail.com

Dirección Envío: HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DIR: AVENIDA QUITO S/N Y SUCRE PASAJE, EL ORO

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	6,778.40
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	6,778.40
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	6,778.40
ICE	0.00
IVA 12%	813.41
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>7,591.81</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	7,591.81	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