



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000029980

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

0108202201019036063600120010030000299809174316817

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2022-08-02 09:02:42

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0108202201019036063600120010030000299809174316817

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: 01/08/2022

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-4784596190	XL-ANTI CMV IGG E411 (55766301-30.09.2022)	AD-160-12-10	100.00	5.25	0.00	525.00
XL-4784618190	XL-ANTI CMV IGM E411 (56660801-31.08.2022)	AD-160-12-10	100.00	6.10	0.00	610.00
XL-3271749190	XL-HCG + BETA E411 (61488801-31.07.2023)	AD-0314-05-03	100.00	6.05	0.00	605.00
XL-3737551190	XL-FERRITINA E411 (54864003-30.09.2022)	AD-248-1-05-11	100.00	5.50	0.00	550.00
XL-6656021190	XL-ESTRADIOL G3 E411 (59031105-31.12.2022)	AD-0314-05-03	100.00	5.00	0.00	500.00
XL-11731629322	XL-CEA ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO E411 (59031105-31.12.2022)	AD-0313-05-03	100.00	3.60	0.00	360.00
XL-3203093190	XL-PROLACTINA E411 (58163605-30.04.2023)	AD-0314-05-03	100.00	3.96	0.00	396.00
XL-7092539190	XL-PROGESTERONE G3 E411 (57905902-31.10.2022)	747-RBE-01-16	100.00	3.61	0.00	361.00
XL-11732234122	XL-LH HORMONA LUTEINIZANTE E411 (57071301-30.04.2023)	AD-314-05-03	100.00	3.70	0.00	370.00
XL-11775863122	XL-FSH FOLICULO ESTIMULANTE E411 (57173307-28.02.2023)	AD-0314-05-03	100.00	3.61	0.00	361.00
XL-5200067190	XL-TESTOSTERONA E411 GEN2 (62073403-31.07.2023)	AD-163-12-10	200.00	4.80	0.00	960.00

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	5,598.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	5,598.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	5,598.00
ICE	0.00
IVA 12%	671.76
VALOR TOTAL	6,269.76

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	6,269.76	0	0

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
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						