



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000029981**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

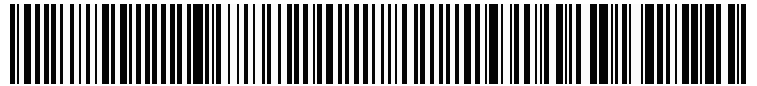
0108202201019036063600120010030000299818436360714

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2022-08-02 09:06:25

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0108202201019036063600120010030000299818436360714

**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-7976836190	XL-FT4 GEN3 E411 (57908103-31.10.2022)	4035-DME-0618	1,400.00	3.11	0.00	4,354.00
XL-4618815190	XL-ANTI-TOXO IGG E411 (63022301-31.03.2023)	AD-0316-05-03	100.00	7.50	0.00	750.00
XL-4618858190	XL-ANTI-TOXO IGM E411 (59034001-30.11.2022)	AD-0316-05-03	100.00	7.50	0.00	750.00
XL-5390125190	XL-HGH HORMONA CRECIMIENTO E411 (61743101-30.06.2023)	AD-348-10-11	100.00	9.00	0.00	900.00

**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	7,564.48	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	6,754.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	6,754.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	6,754.00
ICE	0.00
IVA 12%	810.48
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>7,564.48</b>

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