



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000031265**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1711202201019036063600120010030000312659965653211

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2022-11-18 12:31:16

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1711202201019036063600120010030000312659965653211

**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: CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS LATINO A

RUC/CI: 0190092895001

Fecha Emisión: 17/11/2022

Guía de Remisión:

Dirección: AV 3 DE NOVIEMBRE 3-50 Y UNIDAD NACICUENCA, AZUAY072822603

Teléfono: 072822603

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
7528604190	HDL-C GEN 4, 200 TEST COBAS C111 (65296701.29.02.2024)	3131-DME-11 17	1.00	222.00	0.00	222.00
5401674190	LDH 100T C111 (63408601.30.04.2023)	AD-138-09-1 0	1.00	128.00	0.00	128.00

**Información Adicional**

Email: proveedores@clinicalatino.med.ec, contabilida@latinoclinica.med.ec

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	350.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	350.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	350.00
ICE	0.00
IVA 12%	42.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>392.00</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	392.00	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