



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000031397

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

0112202201019036063600120010030000313979638748911

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2022-12-01 08:42:56

AMBIENTE: PRODUCCIÓN

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



0112202201019036063600120010030000313979638748911

REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA. LTDA.

Dir. Matriz: JUAN INIGUEZ 2-34 Y GONZALO CORDERO

Dir. Sucursal: JUAN IÑIGUEZ NUMERO: 2-34

Teléfono: 072814911

Obligado Contabilidad: SI

Contribuyente Especial Nro 000287

Razon Social: HOSPITAL TEOFILO DAVILA

RUC/CI: 0760004760001

Fecha Emisión: 01/12/2022

Guía de Remisión:

Dirección: BUENAVISTA Y BOYACAMACHALA, EL ORO072935570

Teléfono: 072935570

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-22-0304-72	XL-CONTAJE ANTIBODY CD4 (2469038-07.03.2027)	AD-333-09-11-CD4	350.00	19.00	0.00	6,650.00

Información Adicional

Email: cphtdeloro@hotmail.com

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	6,650.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	6,650.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	6,650.00
ICE	0.00
IVA 12%	798.00
VALOR TOTAL	7,448.00

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	7,448.00	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 CÍA LTDA

NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699