



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000032417**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

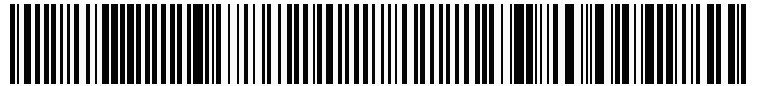
0103202301019036063600120010030000324177036296218

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2023-03-02 16:04:17

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0103202301019036063600120010030000324177036296218

**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 AGUILAR C. LTDA.

RUC/CI: 0791732557001

Fecha Emisión: 01/03/2023

Guía de Remisión:

Dirección: PICHINCHA 11-05 Y 9, DE MAYOMACHALA, EL ORO072932540

Teléfono: 072932540 EXT 118

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
4528417190	CFAS HBA1C 3X2 ML (55975902.31.05.2024)	AD-0608-03-04	1.00	496.00	0.00	496.00

**Información Adicional**

Email: contabilidad@clinicaaguilar.com

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	496.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	496.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	496.00
ICE	0.00
IVA 12%	59.52
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>555.52</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	555.52	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