



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000032927**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

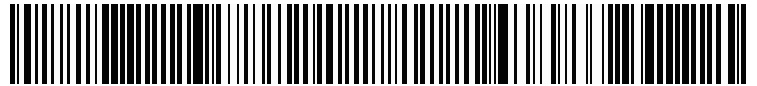
0604202301019036063600120010030000329273737268517

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2023-04-06 18:07:32

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0604202301019036063600120010030000329273737268517

**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: LORENA DEL ROCIO DIAZ FREIRE

RUC/CI: 0703327940001

Fecha Emisión: 06/04/2023

Guía de Remisión:

Dirección: OLMEDO 436 YBUENA VISTAMACHALA, EL ORO072935608

Teléfono: 072935608

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
12216540001	STROMATOLYZER WH 500 ML KX21 (P2017.16.11.2023)	AD-102-03-10	1.00	384.00	0.00	384.00
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	5.00	0.00	5.00

**Información Adicional**

Email: julioldiaz.labclinico@gmail.com

Dirección Envío: OLMEDO 436 ENTRE BUENA VISTA Y NAPOLEON MERA

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	435.68	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	389.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	389.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	389.00
ICE	0.00
IVA 12%	46.68
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>435.68</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