



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000033330**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1005202301019036063600120010030000333302721469414

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2023-05-10 15:41:42

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1005202301019036063600120010030000333302721469414

**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 PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA

RUC/CI: 1160004660001

Fecha Emisión: 10/05/2023

Guía de Remisión:

Dirección: AV MANUEL AGUSTIN AGUIRRE Y J.J. SAMLOJA, LOJA072587053

Teléfono: 072587053

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-7103352190	XL-TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) DETERM (59374502-21.02.2024)	3952-DME-0518	15,000.00	1.05	0.00	15,750.00
XL-7103433190	XL-TIEMPO DE TROMBOPLASTINA (TPT) DETERM (60650901-31.01.2024)	3952-DME-0518	15,000.00	1.05	0.00	15,750.00
XL-7103441190	XL-FIBRINOGENO T411 DETERM (60378602-28.02.2024)	3592-DME-0518	1,538.00	2.54	0.00	3,913.13
XL-6510167001	XL-HEMOGRAMAS AUTOMATIZADOS (P3054)	AD 546 04 13	35,500.00	1.38	0.00	49,096.50

**Información Adicional**

Email: jeovanny.gonzaga@hial.gob.ec

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	84,509.63
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	84,509.63
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	84,509.63
ICE	0.00
IVA 12%	10,141.16
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>94,650.79</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	94,650.79	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