



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000033568**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

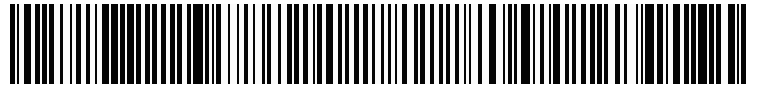
3005202301019036063600120010030000335684190030611

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2023-05-30 17:54:51

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



3005202301019036063600120010030000335684190030611

**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: CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS VIDAR CILTDA

RUC/CI: 1191796677001

Fecha Emisión: 30/05/2023

Guía de Remisión:

Dirección: LAURO GUERRERO Y MAXIMILIANO RODRIGUEZLOJA CEL0983472326

Teléfono: 0983472326

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
11544039172	MICRAL TEST II 30 (67428103.31.07.2024)	AD-0372-07-03	1.00	62.00	0.00	62.00
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	3.00	0.00	3.00

**Información Adicional**

Email: institutomedicovida2023@mail.com

Dirección Envío: LAURO GUERRERO Y MAXIMILIANO RODRIGU

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	72.80	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	65.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	65.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	65.00
ICE	0.00
IVA 12%	7.80
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>72.80</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 CÍA LTDA

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