



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000035190**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1110202301019036063600120010030000351902785420911

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2023-10-11 17:02:55

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1110202301019036063600120010030000351902785420911

**REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA. LTDA.**

Dir. Matriz: JUAN ÑIGUEZ NO. 2-34 Y GONZALO CORDERO

Dir. Sucursal: : JUAN ÑIGUEZ NUMERO: 2-34

Teléfono: 072814911

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

Contribuyente Especial Nro 000287

**Razon Social:** CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO(HOSPITAL DEL

**RUC/CI:** 1460011650001

DIA) - MACAS  
11/10/2023

**Guía de Remisión:**

**Fecha Emisión:**  
**Dirección** AV DE LA CIUDAD SN (LA BARRANCA)DIAG AL DISTR DE SALUDMACAS  
TELE:3703900

Teléfono: 3703900

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-5390125190	XL-HGH ELECSYS COBAS E 100 (67129201-31.01.2024)	AD-348-10-11	300.00	9.00	0.00	2,700.00

**Información Adicional**

**Email:** zoila.sicha@iess.gob.ec

**Dirección Envío:** AV DE LA CIUDAD SN (LA BARRANCA) DIAG AL DISTR DE SALUD MACAS TELE:3703900

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	2,700.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	2,700.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	2,700.00
ICE	0.00
IVA 12%	324.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>3,024.00</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	3,024.00	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