



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000035472

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

0611202301019036063600120010030000354728227886313

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2023-11-06 11:41:18

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0611202301019036063600120010030000354728227886313

**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 DE SALUD B - SANTA ROSA

RUC/CI: 0760039550001

Fecha Emisión: 06/11/2023

Guía de Remisión:

Dirección JOSE MARIA OLLAGUE Y LEONNE CASTELLYSANTA ROSACEL:2943210

Teléfono: 2943210

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-6510167001	XL-BIOMETRÍA HEMÁTICA (P3148-19.11.2024)	AD-565-06-13	5,000.00	1.25	0.00	6,250.00

Información Adicional

Email: merche.galarza@iess.gob.ec

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	6,250.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	6,250.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	6,250.00
ICE	0.00
IVA 12%	750.00
VALOR TOTAL	7,000.00

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	7,000.00	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