



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000035714**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2311202301019036063600120010030000357142607510219

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2023-11-23 08:25:31

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2311202301019036063600120010030000357142607510219

**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: HOSPITAL OBSTETRICO ANGELA LOAYZA DE OLLA

RUC/CI: 0760005140001

Fecha Emisión: 23/11/2023

Guía de Remisión:

Dirección: HOSPITAL OBSTETRICO ANGELA LOAYZA DE OLLA

Teléfono: 073700890 EXT 07

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-3112349180	XL-DETERMINACIÓN DE ELECTROLITOS (SNAPPAK) (732241-31.05.2025)	3592-DME-0218	8,000.00	1.26	0.00	10,080.00
XL-3260925184	XL-DETERMINACIÓN DE GASOMETRÍA (21432171-21.10.2024)	600-RBE-0715	5,000.00	7.35	0.00	36,735.30

**Información Adicional**

Email: josevaca-pepe@hotmail.com

Dirección Envío: HOSPITAL OBST. ANGELA LOAYZA CALLE 8VA NOVENA Y N CDLA EL BOSQUE SANTA ROSA, EL

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	52,433.14	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	46,815.30
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	46,815.30
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	46,815.30
ICE	0.00
IVA 12%	5,617.84
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>52,433.14</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