



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000035805**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0112202301019036063600120010030000358053316811212

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2023-12-01 08:23:07

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0112202301019036063600120010030000358053316811212

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

Dir. Matriz: JUAN IÑIGUEZ NO. 2-34 Y GONZALO

CORDERO

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

Teléfono: 072814911

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

Contribuyente Especial Nro 000287

Razon Social: HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA

RUC/CI: 1160004660001

Fecha Emisión: 01/12/2023

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-DETERMINACIÓN DE TIEMPO DE PROTROMBINA PT (67011201-31.03.2024)	3952-DME-0518	2,519.00	1.25	0.00	3,148.75
XL-7103433190	XL-DETERMINACIÓN DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA TTP (38096501-29.02.2024)	3952-DME-0518	2,519.00	1.25	0.00	3,148.75

**Información Adicional**

Email: jeovanny.gonzaga@hial.gob.ec

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	6,297.50
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	6,297.50
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	6,297.50
ICE	0.00
IVA 12%	755.70
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>7,053.20</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	7,053.20	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