



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000036002

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1312202301019036063600120010030000360021831667410

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2023-12-13 17:31:32

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1312202301019036063600120010030000360021831667410

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: 13/12/2023

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-SM10446445	XL-DETERM DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) (568177-27.04.2025)	AD-247-05-11	9,300.00	0.78	0.00	7,254.00
XL-SM10445711	XL-DETERM DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TPT) (557671A-23.12.2024)	AD-247-05-11	9,300.00	0.78	0.00	7,254.00
XL-SM10446232	XL-DETERM DE CLORURO DE CALCIO (563927A-14.05.2028)	137-RBE-0914	8,500.00	0.58	0.00	4,930.00
XL-6510167001	XL-DETERM DE BIOMETRÍA HEMÁTICA (P3187-16.12.2024)	AD-565-06-13	18,500.00	1.15	0.00	21,275.00
XL-SM10445720	XL-DETERM DE FIBRINÓGENO (TROMBINA) (565196-26.09.2024)	AD-247-05-11	1,000.00	0.66	0.00	660.00
XL-4912551190	XL-DETERM DIMERO D (74321703-30.09.2024)	AD-166-12-10	750.00	10.66	0.00	7,993.64

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	55,290.64	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	49,366.64
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	49,366.64
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	49,366.64
ICE	0.00
IVA 12%	5,924.00
VALOR TOTAL	55,290.64

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