



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000040226**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0711202401019036063600120010030000402264843645518

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-11-07T10:51:46-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0711202401019036063600120010030000402264843645518

**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 BASICO SAN VICENTE DE PAUL

RUC/CI: 0760005300001

Fecha Emisión: 07/11/2024

Guía de Remisión:

Dirección: AVENIDA QUITO S/N Y SUCRE PASAJE, EL ORO

Teléfono: 072915546ext107

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-6510167001	XL-BIOMETRÍA HEMÁTICA AUTOMATIZADA, DETERMINACIONES (P4095-09.09.2025)	AD-565-06-13	3,000.00	2.00	0.00	6,000.00

**Información Adicional**

Email: sandritamigas@hotmail.com

Dirección Envío: HOSPITAL BASICO SAN VICENTE DE PAUL DIR:  
AVENIDA QUITO S/N Y SUCRE PASAJE, EL ORO

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	6,900.00	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	6,000.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	6,000.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	6,000.00
ICE	0.00
IVA 15%	900.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>6,900.00</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