



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000040589**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0412202401019036063600120010030000405899285333619

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-12-04T08:22:24-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0412202401019036063600120010030000405899285333619

**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 CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO(HOSPITAL DEL

**RUC/CI:** 1460011650001

**Fecha Emisión:** 04/12/2024

**Guía de Remisión:**

**Dirección:** AV DE LA CIUDAD SN (LA BARRANCA) DIAG AL DISTR DE SALUD MACAS  
TELE:3703900

**Teléfono:** 3703900

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-3112349180	XL-SISTEMA DE ELECTROLITOS (742341-05.06.2024)	3592-DME-02 18	3,320.00	2.00	0.00	6,640.00

**Información Adicional**

**Email:** zoila.sicha@iess.gob.ec

**Dirección Envío:** CENTRO CLINICO QUIRURGICO AMBULATORIO  
(HOSPITAL DEL DIA) - MACAS DIR:AV DE LA CIUDAD

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	6,640.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	6,640.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	6,640.00
ICE	0.00
IVA 15%	996.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>7,636.00</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	7,636.00	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 CIA LTDA

NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699