



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000041905

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1003202501019036063600120010030000419051574681611

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-03-11T15:28:49-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1003202501019036063600120010030000419051574681611

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 SAN JUAN BAUTISTA DE AMBATO

RUC/CI: 1792727294001

Fecha Emisión: 10/03/2025

Guía de Remisión:

Dirección: HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA DE AMBATO

Teléfono: 032417070

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
BR744	CONTROL LIOFILADO COAGULACION NIVEL 1 12 X 1ML CA600 (84751-31.07.2026)		1.00	273.00	0.00	273.00
BR745	CONTROL LIOFILADO COAGULACION NIVEL 2 12 X 1 ML CA600 (84752-31.07.2026)	AD-247-05-11	1.00	273.00	0.00	273.00

Información Adicional

Email: labsantainesambato@gmail.com

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	546.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	546.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	546.00
ICE	0.00
IVA 15%	81.90
VALOR TOTAL	627.90

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	627.90	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 CÍA LTDA

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