



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000044835

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

2608202501019036063600120010030000448352970501611

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-08-26T12:29:39-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2608202501019036063600120010030000448352970501611

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 DE SALUD B - SANTA ROSA

RUC/CI: 0760039550001

Fecha Emisión: 26/08/2025

Guía de Remisión:

Dirección: JOSE MARIA OLLAGUE Y LEONNE CASTELLY SANTA ROSACEL:2943210

Teléfono: 2943210

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
XL-6510167001	XL-DETERMINACIONES DE BIOMETRÍA HEMÁTICA AUTOMATIZADA CON APOYO TECNOLÓGICO (P4498-18.06.2026)	AD-546-04-13	5,000.00	1.25	0.00	6,250.00

Información Adicional

Email: merche.galarza@iess.gob.ec

Dirección Envío: JOSE MARIA OLLAGUE Y LEONNE CASTELLY SANTA ROSACEL:2943210

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	7,187.50	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	6,250.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	6,250.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	6,250.00
ICE	0.00
IVA 15%	937.50
VALOR TOTAL	7,187.50

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