



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000047103

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

2912202501019036063600120010030000471035694874111

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-12-29T17:43:11-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2912202501019036063600120010030000471035694874111

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: FUNDACION ESPERANZA

RUC/CI: 0791715172001

Fecha Emisión: 29/12/2025

Guía de Remisión:

Dirección: MARCEL LANIADO S/N Y DECIMA OESTE MACHALA, EL ORO072931700

Teléfono: 072931700

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
12017547122	INSULIN ELECSYS RP (89179401.31.03.2027)	AD-0314-05-03	1.00	359.00	0.00	359.00

Información Adicional

Email: hospitalesperanzama@gmail.com,compras@hospitalesperanza.com.ec

Dirección Envío: MARCEL LANIADO S/N Y DECIMA OESTE MACHALA, EL ORO072931700

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	412.85	0 0	

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	359.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	359.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	359.00
ICE	0.00
IVA 15%	53.85
VALOR TOTAL	412.85

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