



RUC.: 1792829437001

**FACTURA**

**No.: 001-002-000003859**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0611202401179282943700120010020000038594912663911

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-11-06T14:36:28-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCIÓN**

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



0611202401179282943700120010020000038594912663911

**COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS  
PARA LA FLORICULTURA YURAKUNA TIKAY YURAKAY**

Dir. Matriz: DE LOS MORTIÑOS E14-200 Y DE LAS FRESAS

Dir. Sucursal: DE LOS MORTIÑOS E14-200 Y DE LAS FRESAS

Teléfono: 023343441

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

**CONTRIBUYENTE RÉGIMEN GENERAL**

Agente de Retención Resolución NRO. NAC-DNCRASC20-00000001

Razon Social: FARMBLISSROSE S.A.

RUC/CI: 1792538394001

Fecha Emisión: 06/11/2024

Guía de Remisión:

Dirección: TUPIGACHI MONACO S/N Y SECUNDARIA - Teléfono: 023610593,984698395

Cod. Principal	Descripción	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Aplica Iva	Precio Total
HUMaCa003	HUMA CA CNC X 10 LTR	1.00	88.30	0.00	N	88.30

**Información Adicional**

Email: andrea.aldaz@albraroses.ec

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	88.30
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	0.00
SUBTOTAL 0%	88.30
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	88.30
ICE	0.00
IVA 15%	0.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>88.30</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	88.30	30	DIAS

DEBO Y PAGARE INCONDICIONALMENTE A LA ORDEN DE EL BENEFICIARIO EN EL LUGAR Y FECHA QUE SE ME RECONVENGA EL VALOR TOTAL EXPRESADO EN ESTE DOCUMENTO MAS LOS IMPUESTOS LEGALES RESPECTIVOS, Y EL MAXIMO INTERES LEGAL POR MORA AUTORIZADO POR LA JUNTA MONETARIA PARA BANCOS E INSTITUCIONES FINANCIERAS, SIN PROTESTO. EXIMESE DE PRESENTACION PARA EL PAGO ASI COMO DE AVISO POR FALTA DE ESTE HECHO. RENUNCIO DOMICILIO Y ME SOMETO A LOS JUECES COMPETENTES DE LA CIUDAD DE QUITO Y AL TRAMITE EJECUTIVO VERBAL O SUMARIO A ELECCION DEL BENEFICIARIO O SUS CESIONARIOS, ASI TAMBIEN LOS DERECHOS QUE EMANAN DEL PRESENTE DOCUMENTO SIN QUE SEA NECESARIA NOTIFICACION ALGUNA NI NUEVA ACEPTACION DE MI PARTE SE ACLARA QUE EL BENEFICIARIO ES LA PERSONA A QUIEN O A CUYA ORDEN DEBO EFECTUAR EL PAGO.

ACEPTO LAS CONDICIONES PRESENTES EN ESTA FACTURA.  
Para consultar su comprobante electrónico ingrese a WWW.SRI.GOB.EC