

R.U.C: 1792446295001

**FACTURA**

No. 001-901-000003553

**NÚMERO DE AUTORIZACIÓN**

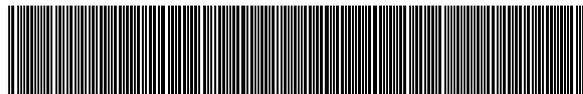
0902202401179244629500120019010000035530000355319

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION:** 2024-02-09 14:16:24

**AMBIENTE:** PRODUCCION

**EMISIÓN:** NORMAL

**CLAVE DE ACCESO:**



0902202401179244629500120019010000035530000355319

**OCQUENTES SUMINISTROS**

S.A.

**Dirección Matriz:** SHYRIS N9-38 Y BELGICA

**Dirección Sucursal:** PICHINCHA / QUITO / SHYRIS N9-38 Y BELGICA

**Agente de**

**Retención:**

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

**Razón Social / Nombres y Apellidos:** Hospital de Especialidades Jose Carrasco Arteaga

**Identificación:** 0160017400001

**Fecha Emisión:** 09/02/2024

**Dirección:** Jose Carrasco Arteaga S/N y Popayan CUENCAECUADOR

Código Principal	Código Auxiliar	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
KITMEDULA R		2.00	Estimulador medular periférico para dolor ./.	31,101.79	0.00	62203.58
KITMEDLAR		1.00	Estimulador medular periférico para dolor ./.	31,101.79	0.00	31101.79

**FORMA DE PAGO**

Forma de Pago	Valor	Plazo	Unidad de Tiempo
20	104502.01	0	dias

SUBTOTAL 12%	93,305.37
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL Exento de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	93,305.37
TOTAL Descuento	0.00
ICE	0.00
IVA 12%	11,196.64
IRBPNR	0.00
PROPINA	0.00
VALOR TOTAL	104,502.01

**Información Adicional**

Notificaciones: La infomacin en la siguiente:

Paciente: LOTE: CLW358.1/F.V:0110/2025. CLU164.1/ F.V:01/10/2025. CNK342.1/ FV:02/10/2025

Vendedor: Jhoanna Illescas

emailCliente: facturacion@hejca.gob.ec

comentario: REGISTROS SANITARIOS NRO: DM-1835-09-010/ 1618-DME-0116/ 2217-DME-0916. CONTRATO NRO: SIE-HEJCA-2023-100

Orden de compra: NODISPONIBLE

Remision: 001901000003543

