

R.U.C: 1792446295001

**FACTURA**

No. 001-901-000003789

**NÚMERO DE AUTORIZACIÓN**

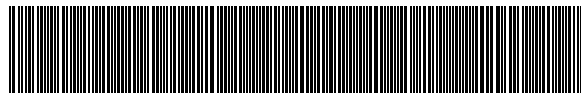
2207202401179244629500120019010000037890000378913

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION:** 2024-07-22 11:12:39

**AMBIENTE:** PRODUCCION

**EMISIÓN:** NORMAL

**CLAVE DE ACCESO:**



2207202401179244629500120019010000037890000378913

**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-METROPOLITANO S.A.S.

**Identificación:** 1793178138001

**Fecha Emisión:** 22/07/2024

**Dirección:** AV MARIANA DE JESUS S/N Y NICOLAS ARTETA QUITOECUADOR

Código Principal	Código Auxiliar	Cantidad	Descripción	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
OBT6F		1.00	OBTURA VASCULAR CLOSURE DEVICE 6F /, LOTE:POBB04/ FV:2024-08-24	500.00	0.00	500.00

**FORMA DE PAGO**

Forma de Pago	Valor	Plazo	Unidad de Tiempo
20	575.00	60	dias

SUBTOTAL 15%	500.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL Exento de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	500.00
TOTAL Descuento	0.00
ICE	0.00
IVA 15%	75.00
IRBPNR	0.00
PROPINA	0.00
VALOR TOTAL	575.00

**Información Adicional**

Notificaciones: La infomacin en la siguiente:

Paciente: REPOSICIÓN ANGIOGRAFO DEL 19-07-2024 AL 21-07-2024 ORDEN DE COMPRA NRO: 368029

Vendedor: Luis Sanchez

emailCliente: cacosta@hmetro.med.ec;  
proveedoresfacturas@hmetro.med.ec

comentario: REPOSICIÓN ANGIOGRAFO DEL 19-07-2024 AL 21-07-2024 ORDEN DE COMPRA NRO: 36802

Orden de compra: 364812

Remision: 001901000003779