



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000025243**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0208202101019036063600120010030000252431386286615

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2021-08-03 17:02:55

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0208202101019036063600120010030000252431386286615

**REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA. LTDA.**

Dir. Matriz: JUAN INIGUEZ 2-34 Y GONZALO CORDERO

Dir. Sucursal: : JUAN INIGUEZ NUMERO: 2-34

Teléfono: 072812462

Obligado Contabilidad: SI

Contribuyente Especial Nro 000287

Razon Social: CENTRO DE OSTEOPOROSIS Y REHABILITACIONMEDICAL  
CORE CENTROMEDICALCORE CIA.LTDA.

RUC/CI: 0190479439001

Fecha Emisión: 02/08/2021

Guía de Remisión:

Dirección AN MANUEL J CALLE Y AV PAUCARBAMBAZUAY, CUENCA Teléfono: 4125046

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
6437206190	FT3 G3 E411 (50783803-31.10.2021)	164-RBE-0914	1.00	414.00	0.00	414.00
7976836190	FT4 GEN 3 E411 (52813203-28.02.2022)	4035-DME-0618	1.00	414.00	0.00	414.00

**Información Adicional**

Email: larreaclavijo@gmail.com

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	828.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 12%	828.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	828.00
ICE	0.00
IVA 12%	99.36
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>927.36</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	927.36	0	0

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