



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000039670

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

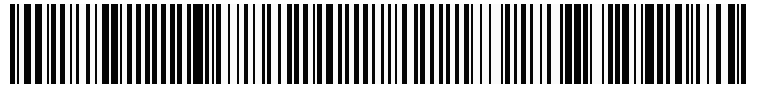
2509202401019036063600120010030000396706724868212

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-09-26T12:50:48-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2509202401019036063600120010030000396706724868212

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: CLINICA AGUILAR C. LTDA.

RUC/CI: 0791732557001

Fecha Emisión: 25/09/2024

Guía de Remisión:

Dirección: PICHINCHA 11-05 Y 9, DE MAYO MACHALA, EL ORO 072932540

Teléfono: 072932540EXT118

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
7190808190	CK MBL 100T COBAS C311 (80977801.31.03.2025)	2850-DME-0817	1.00	304.00	0.00	304.00

Información Adicional

Email: contabilidad@clinicaaguilar.com

Dirección Envío: CLINICA AGUILAR C. LTDA. DIR: PICHINCHA 11-05 Y 9, DE MAYO MACHALA, EL ORO 072932540

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	349.60	0 0	

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	304.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	304.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	304.00
ICE	0.00
IVA 15%	45.60
VALOR TOTAL	349.60

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