



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000040148**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

3010202401019036063600120010030000401483314296217

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-10-30T17:49:27-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



3010202401019036063600120010030000401483314296217

**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:** CENTRO DE OSTEOPOROSIS Y REHABILITACIONMEDICAL  
CORE CENTROMEDICALCORE CIA.LTDA.  
**Fecha Emisión:** 30/10/2024  
**Dirección** AN MANUEL J CALLE Y AV PAUCARBAMBA AZUAY 074125046

**RUC/CI:** 0190479439001

**Guía de Remisión:**

Teléfono: 074125046

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
4555040001	CELL SET COBAS C311 (0490534150.22.08.2025)	NA	1.00	431.70	0.00	431.70

**Información Adicional**

**Email:** larreaclavijo@gmail.com

**Dirección Envío:** CENTRO DE OSTEOPOROSIS Y REHABILITACION  
MEDICAL CORE CENTROMEDICALCORE CIA.LTDA.

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	496.46	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	431.70
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	431.70
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	431.70
ICE	0.00
IVA 15%	64.76
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>496.46</b>

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