



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000040910**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0601202501019036063600120010030000409106293403517

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-01-07T12:18:02-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0601202501019036063600120010030000409106293403517

**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.

RUC/CI: 0190479439001

Fecha Emisión: 06/01/2025

Guía de Remisión:

Dirección AN MANUEL J CALLE Y AV PAUCARBAMBA AZUAY 074125046

Teléfono: 074125046

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
6510167001	CELLPACK DCL 20L XN (P4218.11.12.2025)	AD-565-06-13	1.00	108.90	0.00	108.90

**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	125.24	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	108.90
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	108.90
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	108.90
ICE	0.00
IVA 15%	16.34
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>125.24</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