



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000041467

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

0602202501019036063600120010030000414674384371310

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-02-06T17:59:56-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0602202501019036063600120010030000414674384371310

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: 06/02/2025

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
6510256001	FLUROCELL WDF 1 X 42ML XN (A4094.08.08.2025)	AD 546 04 13	1.00	964.80	0.00	964.80

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	1,109.52	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	964.80
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	964.80
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	964.80
ICE	0.00
IVA 15%	144.72
VALOR TOTAL	1,109.52

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