



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000042343**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0404202501019036063600120010030000423431203860615

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-04-04T18:03:17-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0404202501019036063600120010030000423431203860615

**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: MARCA GUTIERREZ ADRIAN FERNANDO

RUC/CI: 0104123138001

Fecha Emisión: 04/04/2025

Guía de Remisión:

Dirección: SIMON BOLIVAR 13-14 Y JUAN MONTALVO CUENCA, AZUAY072845783

Teléfono: 072845783

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
6510167001	CELLPACK DCL 20L XN (P4351.18.02.2026)	AD-565-06-13	1.00	121.00	0.00	121.00

**Información Adicional**

Email: lab.clinicabolivar@outlook.es

Dirección Envío: SIMON BOLIVAR 13-14 Y JUAN MONTALVO CUENCA, AZUAY072845783

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	139.15	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	121.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	121.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	121.00
ICE	0.00
IVA 15%	18.15
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>139.15</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 CIA LTDA

NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699