



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000042695**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2304202501019036063600120010030000426954769967014

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-04-24T12:44:45-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2304202501019036063600120010030000426954769967014

**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: 23/04/2025

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
3333752190	ALP IFCC 200T COBAS C311 (85878801.30.11.2025)	AD-138-09-10	1.00	75.00	0.00	75.00

**Información Adicional**

Email: contabilidad@clinicaaguilar.com

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

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	86.25	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	75.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	75.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	75.00
ICE	0.00
IVA 15%	11.25
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>86.25</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