



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000042736**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2804202501019036063600120010030000427362794094817

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-04-28T17:51:39-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2804202501019036063600120010030000427362794094817

**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:** 28/04/2025  
**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
6952291001	CELLCLEAN AUTO (CCA-500A) 4ML X 20 XN (A4139.03.09.2025)	AD-546-04-13	1.00	27.90	0.00	27.90

**Información Adicional**

**Email:** larreaclavijo@gmail.com

**Dirección Envío:** AN MANUEL J CALLE Y AV PAUCARBAMBA AZUAY 074125046

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	27.90
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	27.90
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	27.90
ICE	0.00
IVA 15%	4.19
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>32.09</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	32.09	0	0

**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**