



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000043072**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1505202501019036063600120010030000430727763015315

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-05-16T12:44:37-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1505202501019036063600120010030000430727763015315

**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: 15/05/2025

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
4404483190	GLUC HK 800T COBAS C311 (84976801.31.03.2026)	AD-0608-03-04	1.00	196.00	0.00	196.00

**Información Adicional**

Email: contabilidad@clinicaaguilar.com

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

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	196.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	196.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	196.00
ICE	0.00
IVA 15%	29.40
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>225.40</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	225.40	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 CIA LTDA

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