



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000043691**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1906202501019036063600120010030000436917845864418

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-06-20T15:45:21-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1906202501019036063600120010030000436917845864418

**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 SANTA BARBARA CLINSABAR CIA. LTDA

RUC/CI: 0190153940001

Fecha Emisión: 19/06/2025

Guía de Remisión:

Dirección TRES DE NOVIEMBRE 5-97 Y CUENCA GUALACEO, AZUAY072255139

Teléfono: 072255139

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	62.00	0.00	62.00
20764574322	FRII 100T COBAS C311 (82506601.31.08.2026)	AD-216-04-11	1.00	311.00	0.00	311.00
4528182190	HBA1C HAEMOLYZING RGT COBAS C311 (84435501.28.02.2026)	AD-0608-03-04	1.00	26.00	0.00	26.00
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	2.00	0.00	2.00

**Información Adicional**

Email: clinsabar\_iless@yahoo.com

Dirección Envío: TRES DE NOVIEMBRE 5-97 Y CUENCA GUALACEO, AZUAY072255139

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	401.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	401.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	401.00
ICE	0.00
IVA 15%	60.15
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>461.15</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	461.15	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