



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000043787**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2506202501019036063600120010030000437871796108113

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-06-26T12:44:55-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2506202501019036063600120010030000437871796108113

**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 ECUATORIANA INTEGRAL DEHEMATOLOGIA CIEH C.L.

**RUC/CI:** 1793212574001

**Fecha Emisión:** 25/06/2025

**Guía de Remisión:**

**Dirección** MRTIN UTRERAS N31-310Y AV MARIAN DE JESUS QUITO, CEL0983967447

**Teléfono:** 0983967447

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
4554124001	FILTRO 20 (RESINA) (SL-SC)	NA	1.00	287.00	0.00	287.00
4516265001	FILTER 20 (CARBON) (SL-SC)	NA	1.00	72.56	0.00	72.56
4516273001	FILTER 20 (FIBRA) (SL-SC)	NA	1.00	31.41	0.00	31.41
4555040001	CELL SET COBAS C311 (0000260073.22.04.2026)	NA	1.00	595.27	0.00	595.27
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	4.00	0.00	4.00

**Información Adicional**

**Email:** info@ciehem.com

**Dirección Envío:** MRTIN UTRERAS N31-310Y AV MARIAN DE JESUS QUITO, CEL0983967447

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,138.78	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	990.24
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	990.24
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	990.24
ICE	0.00
IVA 15%	148.54
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>1,138.78</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 CÍA LTDA

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