



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000043815

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

2606202501019036063600120010030000438159597470217

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-06-26T17:48:27-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2606202501019036063600120010030000438159597470217

REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA. LTDA.

Dir. Matriz: JUAN IÑIGUEZ NO. 2-34 Y GONZALO CORDERO

Dir. Sucursal: : JUAN IÑIGUEZ NUMERO: 2-34

Teléfono: 072814911

OBLIGADO A LLEVAR CONTABILIDAD: SI

Contribuyente Especial Nro.: 000287

Razon Social: CLINICAABADT S.A.S.

RUC/CI: 0195130221001

Fecha Emisión: 26/06/2025

Guía de Remisión:

Dirección: HERNANDO LEO PULLA 4-62 Y AV PASEO DE LOS CAÑARIS DIG A
MEDIMAGEN CUENCA CEL0980795555

Teléfono: 0980795555

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
6510167001	CELLPACK DCL 20L XN (P4465.28.05.2026)	AD-565-06-13	1.00	121.00	0.00	121.00
6952291001	CELLCLEAN AUTO (CCA-500A) 4ML X 20 XN (A4181.12.11.2025)	AD-546-04-13	1.00	31.00	0.00	31.00

Información Adicional

Email: clinicaabadt@gmail.com

Dirección Envío: HERNANDO LEO PULLA 4-62 Y AV PASEO DE LOS CAÑARIS DIG A MEDIMAGEN CUENCA

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	152.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	152.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	152.00
ICE	0.00
IVA 15%	22.80
VALOR TOTAL	174.80

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	174.80	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