



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000044262

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

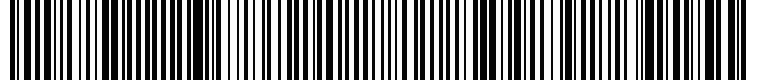
2207202501019036063600120010030000442624412410611

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-07-23T08:00:37-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2207202501019036063600120010030000442624412410611

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: CLINICAABADT S.A.S.

RUC/CI: 0195130221001

Fecha Emisión: 22/07/2025

Guía de Remisión:

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

Teléfono: 0980795555

MEDIMAGEN CUENCA CEL0980795555

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
6510256001	FLUROCELL WDF 1 X 42ML XN (A5006.03.02.2026)	AD 546 04 13	1.00	1,072.00	0.00	1,072.00

Información Adicional

Email: clinicaabadt@gmail.com

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

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,232.80	0 0	

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	1,072.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	1,072.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	1,072.00
ICE	0.00
IVA 15%	160.80
VALOR TOTAL	1,232.80

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