



RUC.: 0190360636001

NOTA DE CREDITO

No.: 001-003-000001195

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1408202504019036063600120010030000011954220401914

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-08-14T08:21:53-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1408202504019036063600120010030000011954220401914

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: 14/08/2025

Dirección: HERNANDO LEO PULLA 4-62 Y AV PASEO DE LOS CAÑARIS DIG A MEDIMAGEN Teléfono: 0980795555

Comprobante que se modifica: 001-003-000044262

Fecha Emisión (Comprobante a modificar): 22/07/2025

Razón de Modificación: error documento

Cod. Principal	Descripción	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Aplica Iva	Precio Total
6510256001	FLUOROCCELL WDF 1 X 42ML XN (A5006.03.02.2026)	1.00	1,072.00	0.00	S	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

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