



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000045036**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0809202501019036063600120010030000450369373938712

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-09-08T08:17:58-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0809202501019036063600120010030000450369373938712

**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: MARCA GUTIERREZ ADRIAN FERNANDO

RUC/CI: 0104123138001

Fecha Emisión: 08/09/2025

Guía de Remisión:

Dirección: SIMON BOLIVAR 13-14 Y JUAN MONTALVO CUENCA, AZUAY072845783

Teléfono: 072845783

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
IHIBG-425	HIV CAJA X 25 CASETE ALL TEST 4 GEN (ATHIV25020016-31.01.2027.)	8190-DME-0320	1.00	48.75	0.00	48.75

**Información Adicional**

Email: lab.clinicabolivar@outlook.es

Dirección Envío: SIMON BOLIVAR 13-14 Y JUAN MONTALVO CUENCA, AZUAY072845783

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	56.06	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	48.75
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	48.75
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	48.75
ICE	0.00
IVA 15%	7.31
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>56.06</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 CIA LTDA

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