



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000045397**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

3009202501019036063600120010030000453977102388410

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-09-30T18:21:51-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



3009202501019036063600120010030000453977102388410

**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: CENTRO DE OSTEOPOROSIS Y REHABILITACIONMEDICAL

CORE CENTROMEDICALCORE CIA.LTDA.

Fecha Emisión: 30/09/2025

Dirección: AN MANUEL J CALLE Y AV PAUCARBAMBA AZUAY 074125046

RUC/CI: 0190479439001

Guía de Remisión:

Teléfono: 074125046

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
6952291001	CELLCLEAN AUTO (CCA-500A) 4ML X 20 XN (A5035.23.03.2026)	AD-546-04-13	1.00	46.80	0.00	46.80

**Información Adicional**

Email: larreaclavijo@gmail.com

Dirección Envío: AN MANUEL J CALLE Y AV PAUCARBAMBA AZUAY 074125046

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	53.82	0 0	

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	46.80
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	46.80
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	46.80
ICE	0.00
IVA 15%	7.02
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>53.82</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