



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000047068**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

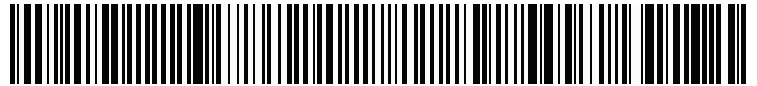
2612202501019036063600120010030000470682835408711

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-12-26T17:01:48-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2612202501019036063600120010030000470682835408711

**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: CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS LATINO

RUC/CI: 0190092895001

Fecha Emisión: 26/12/2025

Guía de Remisión:

Dirección: AV 3 DE NOVIEMBRE 3-50 Y UNIDAD NACI CUENCA, AZUAY072822603

Teléfono: 072822603

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
4657543190	AST 400 T COBAS C111 ROCHE (92644201.31.03.2027)	AD-0471-10-03	1.00	100.00	0.00	100.00

**Información Adicional**

Email: proveedores@clinicalatino.med.ec,farmacia@clinicalatino.med.ec,labo

Dirección Envío: AV 3 DE NOVIEMBRE 3-50 Y UNIDAD NACI CUENCA, AZUAY072822603

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	115.00	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	100.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	100.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	100.00
ICE	0.00
IVA 15%	15.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>115.00</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 CÍA LTDA

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