



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000048172

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

2002202601019036063600120010030000481728660417811

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2026-02-20T17:17:38-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2002202601019036063600120010030000481728660417811

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 AGUILAR C. LTDA.

RUC/CI: 0791732557001

Fecha Emisión: 20/02/2026

Guía de Remisión:

Dirección: PICHINCHA 11-05 Y 9, DE MAYO MACHALA, EL ORO 072932540

Teléfono: 072932540EXT118

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
7837984001	LYSERCELL WDF WDF210A XN (P5014.12.06.2026)	657-RBE-1015	1.00	194.00	0.00	194.00

Información Adicional

Email: contabilidad@clinicaaguilar.com

Dirección Envío: PICHINCHA 11-05 Y 9, DE MAYO MACHALA, EL ORO 072932540

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	223.10	0 0	

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	194.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	194.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	194.00
ICE	0.00
IVA 15%	29.10
VALOR TOTAL	223.10

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