



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000048853

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

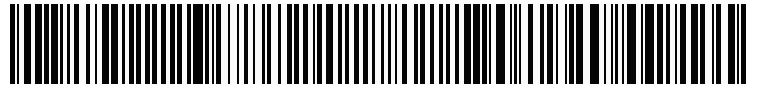
2303202601019036063600120010030000488533514288813

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2026-03-23T15:27:40-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2303202601019036063600120010030000488533514288813

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: CEDIMEDIC CATAMAYO

RUC/CI: 1103814792001

Fecha Emisión: 23/03/2026

Guía de Remisión:

Dirección: AV CATAMAYO ENTRE EUGENIO ESPEJO Y OLMEDO CIUDAD CATAMAYO

Teléfono: 0994109145

CEL0997341304

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
6510167001	CELLPACK DCL 20L XN (P5375.10.03.2027)	AD-546-04-13	1.00	121.00	0.00	121.00
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	4.00	0.00	4.00

Información Adicional

Email: cedimediccatamayo@gmail.com, matyponton@hotmail.com

Dirección Envío: AV CATAMAYO ENTRE EUGENIO ESPEJO Y OLMEDO CIUDAD CATAMAYO CEL0997341304

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	143.75	0 0	

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	125.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	125.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	125.00
ICE	0.00
IVA 15%	18.75
VALOR TOTAL	143.75

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