



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000040124

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

2910202401019036063600120010030000401245199222610

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-10-30T09:58:20-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2910202401019036063600120010030000401245199222610

**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: HOSPITAL NOVACLINICA SANTANITA CIA.LTDA.

RUC/CI: 2390039797001

Fecha Emisión: 29/10/2024

Guía de Remisión:

Dirección AV CHONE KM2.5EC 230102 SANTO DOMINGO CEL 0994763036

Teléfono: 0994763036

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
130603023M	MAGLUMI TSH (CLIA) X 50 (241240211-29.07.2026)	15696-DME-1 223	1.00	95.22	0.00	95.22
130653004M	MAGLUMI FREE T4 (CLIA) X 50 (245240121-27.02.2026)	15696-DME-1 223	1.00	80.70	0.00	80.70
130653005M	MAGLUMI FREE T3 (CLIA) X 50 (244240211-09.03.2026)	15696-DME-1	1.00	80.70	0.00	80.70
130601034M	MAGLUMI TOTAL PSA (CLIA) X 50 (221240311-02.04.2026)	15878-DME-0	1.00	135.99	0.00	135.99
130617503M	MAGLUMI ANA SCREEN (CLIA) X 50 (405230221-22.08.2025)	16018-DME-0 124	1.00	382.01	0.00	382.01
130652010M	MAGLUMI TESTOSTERONE (CLIA) X 50 (255240111-16.01.2026)	15700-DME-1 223	1.00	91.57	0.00	91.57
130299004M	MAGLUMI STARTER 1+2 (1BOX=2X230ML) (302240803-14.02.2026)	15901-DME-0 124	2.00	48.71	0.00	97.42
130299005M	MAGLUMI WASH CONCENTRATE(1BOX=1X714ML) (303243501-16.02.2026)	15901-DME-0 124	2.00	25.98	0.00	51.96
630003	MAGLUMI REACTION MODULES(1BOX=6X64) (301240410T-10.04.2026)	NA	1.00	119.79	0.00	119.79
130299006M	MAGLUMI LIGHT CHECK(1BOX=5X2ML) (314240101-05.06.2025)	15901-DME-0 124	1.00	36.08	0.00	36.08
130299007M	MAGLUMI SYSTEM TUBING CLEANING SOLUTION (1BOX=1*500ML) (305240301-11.04.2025)	15901-DME-0 124	1.00	83.71	0.00	83.71
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	8.00	0.00	8.00

Información Adicional

Email: cristianpmd@gmail.com

Dirección Envío: HOSPITAL NOVACLINICA SANTANITA CIA.LTDA. DIR:
AV CHONE KM2.5EC 230102 SANTO DOMINGO CEL

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,452.62	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	1,263.15
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	1,263.15
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	1,263.15
ICE	0.00
IVA 15%	189.47
VALOR TOTAL	1,452.62

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
----------------	-------------	--------------------	-------	-----------------	-----------	--------------

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