



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000040225**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0711202401019036063600120010030000402252996869816

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2024-11-07T13:03:19-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0711202401019036063600120010030000402252996869816

**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: YASSENIA JUDITH REATEGUI LUZON

RUC/CI: 1104120397001

Fecha Emisión: 07/11/2024

Guía de Remisión:

Dirección ABRAHAM CALAZACON Y LUIS MOSCOSO FRT CENTRO DE SALUD ROSALES, SANTO DOMING DE LOS TSACHILAS TEL:3706499

Teléfono: 3706499

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
6510256001	FLUROCELL WDF 1 X 42ML XN (A4058.29.05.2025)	AD 546 04 13	1.00	900.00	0.00	900.00

**Información Adicional**

Email: Labcentineladelsur@gmail.com

Dirección Envío: YASSENIA JUDITH REATEGUI LUZON DIR:ABRAHAM CALAZACON Y LUIS MOSCOSO FRT CENTRO DE

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	900.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	900.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	900.00
ICE	0.00
IVA 15%	135.00
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>1,035.00</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,035.00	0	0

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