



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000040539

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

2911202401019036063600120010030000405397688702612

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-11-29T17:07:50-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2911202401019036063600120010030000405397688702612

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: 29/11/2024

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
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) (301240520T-20.05.2026)	NA	1.00	119.79	0.00	119.79
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	5.00	0.00	5.00

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	315.30	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	274.17
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	274.17
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	274.17
ICE	0.00
IVA 15%	41.13
VALOR TOTAL	315.30

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