



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000041727**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2402202501019036063600120010030000417277894259711

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-02-25T11:35:32-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2402202501019036063600120010030000417277894259711

**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: CEVASCOP S.A.

RUC/CI: 1191710149001

Fecha Emisión: 24/02/2025

Guía de Remisión:

Dirección AV EUGENIO ESPEJOY SHUARAS HOSP MEDI LOJA, LOJA 072580515

Teléfono: 072580515

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
GXMTB/RIF-ULTRA-10	XPERT MTB/RIF ULTRA 10 TEST KIT CE-IVD (1001462520-31.05.2026)	3343-DME-01 18	1.00	994.00	0.00	994.00

**Información Adicional**

Email: bodega@medilab.com.ec

Dirección Envío: CEVASCOP S.A. DIR: AV EUGENIO ESPEJOY SHUARAS HOSP MEDI LOJA, LOJA 072580515

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	994.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	994.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	994.00
ICE	0.00
IVA 15%	149.10
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>1,143.10</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	1,143.10	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