



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000042205**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2503202501019036063600120010030000422058875613410

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-03-26T16:26:21-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2503202501019036063600120010030000422058875613410

**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: 25/03/2025

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
130105000101	MAGLUMI REACTION CUP (3X182CUPS) X3/ X6 (306240607G-07.06.2026)	NA	2.00	39.69	0.00	79.38
130299005M	MAGLUMI WASH CONCENTRATE(1BOX=1X714ML) (303245301-20.05.2026)	15901-DME-0124	4.00	25.98	0.00	103.92
130601035M	MAGLUMI FREE PSA (CLIA) X 50 (222240211-07.11.2026)	15878-DME-0124	1.00	135.99	0.00	135.99
130601034M	MAGLUMI TOTAL PSA (CLIA) X 50 (221240511-19.11.2026)	15878-DME-0	1.00	135.99	0.00	135.99
130655002M	MAGLUMI INSULIN (CLIA) X 50 (264240111-14.03.2026)	15698-DME-1	1.00	154.41	0.00	154.41
7051506001	XN CHECK 12X3.0 ML LEVEL 1.2.3 (JUEGO) (5029.20.04.2025)	180-RBE-1014	1.00	93.50	0.00	93.50
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	10.00	0.00	10.00

**Información Adicional**

Email: Labcentineladelsur@gmail.com

Dirección Envío: ABRAHAM CALAZACON Y LUIS MOSCOSO FRT CENTRO DE SALUD ROSALES, SANTO DOMING DE

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	820.17	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	713.19
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	713.19
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	713.19
ICE	0.00
IVA 15%	106.98
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>820.17</b>

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