



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000042746**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2804202501019036063600120010030000427468571153717

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-04-29T17:42:28-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2804202501019036063600120010030000427468571153717

**REPRESENTACIONES PEDRO ARANEDA FERRER E HIJOS CIA. LTDA.**

Dir. Matriz: JUAN IÑIGUEZ NO. 2-34 Y GONZALO CORDERO

Dir. Sucursal: : JUAN IÑIGUEZ 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: 28/04/2025

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
130656008M	MAGLUMI D-DIMER (CLIA) X 50 (461240211-24.01.2026)	15902-DME-0	1.00	265.32	0.00	265.32
130658001M	MAGLUMI IGE (CLIA) X 50 (498240211-18.05.2026)	15821-DME-1 223	2.00	121.48	0.00	242.96
130601035M	MAGLUMI FREE PSA (CLIA) X 50 (222240211-07.11.2026)	15878-DME-0 124	1.00	135.99	0.00	135.99
130601034M	MAGLUMI TOTAL PSA (CLIA) X 50 (221240611-11.12.2026)	15878-DME-0	1.00	135.99	0.00	135.99
130661004M	MAGLUMI 25-OH VITAMIN D (CLIA) X 50 (262240311-17.08.2026)	15633-DME-1 123	1.00	390.02	0.00	390.02
6510167001	CELLPACK DCL 20L XN (P4363.24.02.2026)	AD-565-06-13	4.00	133.00	0.00	532.00
7051506001	XN CHECK 12X3.0 ML LEVEL 1.2.3 (JUEGO) (5113.13.07.2025)	180-RBE-101 4	1.00	93.50	0.00	93.50
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	30.00	0.00	30.00

**Información Adicional**

Email: Labcentineladelsur@gmail.com

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

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	1,825.78
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	1,825.78
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	1,825.78
ICE	0.00
IVA 15%	273.87
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>2,099.65</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	2,099.65	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