



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000043216**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2705202501019036063600120010030000432168735163512

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-05-28T14:50:14-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2705202501019036063600120010030000432168735163512

**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:** CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS AUXILIOPRAXXEL CIA. LTDA.

**RUC/CI:** 0190170950001

**Fecha Emisión:** 27/05/2025

**Guía de Remisión:**

**Dirección:** PADRE AGUIRRE 13-18 Y VEGA MUÑOZ CUENCA CEL0992989440

Teléfono: 0992989440

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
1002120	CONTROL SPINTROL NORMAL 4 X 5 ML SPINREACT (4597A-28.02.2027)	AD-1030-09-05	1.00	75.50	0.00	75.50
1002210	CONTROL SPINTROL PATOLOGICO 4 X 5 ML SPINREACT (6580A-28.07.2026)	AD-1030-09-05	1.00	90.50	0.00	90.50
1001160	TGO / AST 20 X 2 ML LIOFILIZADO SPINREACT (2384-28.01.2027)	AD-1030-09-05	1.00	31.50	0.00	31.50

**Información Adicional**

**Email:** praxxellaboratorio@gmail.com

**Dirección Envío:** PADRE AGUIRRE 13-18 Y VEGA MUÑOZ CUENCA CEL0992989440

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	227.13	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	197.50
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	197.50
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	197.50
ICE	0.00
IVA 15%	29.63
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>227.13</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 CIA LTDA

NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699