



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000044094

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1107202501019036063600120010030000440946415067715

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-07-14T08:27:56-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1107202501019036063600120010030000440946415067715

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: MUNOZ-LABORATORIO-CLINICO S.A.S.

RUC/CI: 0691785357001

Fecha Emisión: 11/07/2025

Guía de Remisión:

Dirección: CARLOS ZAMBRANO 2855 Y AV GONZALO DAVALOS RIOBAMBA
CEL0987741308

Teléfono: 0987741308

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
FC-F-I	FECAL CALPROTECTIN TEST KIT (FLUORESCENCE IMMUNOCHROMATOGRAPHY) X 25 (A2503001025-03.03.2026)	17867-DME-1 224	1.00	375.00	0.00	375.00
FOB-F-I	FECAL OCCULT BLOOD DIAGNOSTIC KIT (FLUORESCENCE IMMUNOCHROMATOGRAPHY) (A2411003025-10.11.2025)	17852-DME-1 224	1.00	48.75	0.00	48.75
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	5.00	0.00	5.00

Información Adicional

Email: contabilidad@munozlaboratorio.com.ec

Dirección Envío: CARLOS ZAMBRANO 2855 Y AV GONZALO DAVALOS RIOBAMBA CEL0987741308

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	428.75
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	428.75
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	428.75
ICE	0.00
IVA 15%	64.31
VALOR TOTAL	493.06

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	493.06	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 CÍA LTDA

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