



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000044331

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

2507202501019036063600120010030000443312697642710

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-07-25T16:47:19-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2507202501019036063600120010030000443312697642710

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: HOSPITAL NOVACLINICA SANTANITA CIA.LTDA.

RUC/CI: 2390039797001

Fecha Emisión: 25/07/2025

Guía de Remisión:

Dirección: AV CHONE KM2.5EC 230102 SANTO DOMINGO CEL 0994763036

Teléfono: 0994763036

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
130601034M	MAGLUMI TOTAL PSA (CLIA) X 50 (221250111-17.04.2027)	15878-DME-	1.00	135.99	0.00	135.99
130603023M	MAGLUMI TSH (CLIA) X 50 (241240711-15.01.2027)	15696-DME-1223	1.00	95.22	0.00	95.22
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	4.00	0.00	4.00

Información Adicional

Email: cristianpmd@gmail.com

Dirección Envío: AV CHONE KM2.5EC 230102 SANTO DOMINGO CEL 0994763036

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	235.21
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	235.21
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	235.21
ICE	0.00
IVA 15%	35.28
VALOR TOTAL	270.49

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	270.49	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