



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000044373**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

2807202501019036063600120010030000443734700788311

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-07-29T09:18:57-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



2807202501019036063600120010030000443734700788311

**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: CEDIMEDICLOJA S.A.

RUC/CI: 1191795288001

Fecha Emisión: 28/07/2025

Guía de Remisión:

Dirección: AV UNIVERSITARIA ENTRE IMBABURA Y QUITO CEL 0969666346 LOJA

Teléfono: 0969666346

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
130653006M	MAGLUMI THYROGLOBULIN (CLIA) X 50 (249250111-27.09.2026)	15696-DME-1223	1.00	95.22	0.00	95.22
130654002M	MAGLUMI ALBUMIN (CLIA) X 50 (488240111-06.07.2026)	16734-DME-0624	1.00	159.24	0.00	159.24
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	3.00	0.00	3.00

**Información Adicional**

Email: centrocedimedic@gmail.com

Dirección Envío: AV UNIVERSITARIA ENTRE IMBABURA Y QUITO CEL 0969666346 LOJA

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	257.46
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	257.46
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	257.46
ICE	0.00
IVA 15%	38.62
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>296.08</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	296.08	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