



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000045599

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

0810202501019036063600120010030000455992576372711

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-10-08T17:40:53-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0810202501019036063600120010030000455992576372711

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: SYSTEMSMEDICA CIA. LTDA.

RUC/CI: 1191721671001

Fecha Emisión: 08/10/2025

Guía de Remisión:

Dirección: OLMEDO Y LEOPOLDO PALACIOS ESQ. LOJA

Teléfono: 072564201

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-1224	1.00	375.00	0.00	375.00

Información Adicional

Email: eliana_qz80@hotmail.com

Dirección Envío: OLMEDO Y LEOPOLDO PALACIOS ESQ. LOJA

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	431.25	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	375.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	375.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	375.00
ICE	0.00
IVA 15%	56.25
VALOR TOTAL	431.25

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