



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000046332

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1811202501019036063600120010030000463326525483216

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-11-18T17:35:54-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1811202501019036063600120010030000463326525483216

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: LABORATORIO CLINICA SAN JOSE RUIZ YGUARICELA Y CIA

RUC/CI: 1191794911001

Fecha Emisión: 18/11/2025

Guía de Remisión:

Dirección: JUAN DE SALINAS Y SUCRE LOJA, LOJACEL0980085507

Teléfono: 0980085507

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
FC-F-I	FECAL CALPROTECTIN TEST KIT (FLUORESCENCE IMMUNOCHROMATOGRAPHY) X 25 (A2506002025-18.06.2026)	17867-DME-1224	2.00	375.00	0.00	750.00

Información Adicional

Email: laborabacteri@hotmail.com

Dirección Envío: JUAN DE SALINAS Y SUCRE LOJA, LOJACEL0980085507

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	862.50	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	750.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	750.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	750.00
ICE	0.00
IVA 15%	112.50
VALOR TOTAL	862.50

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