



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000049085

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

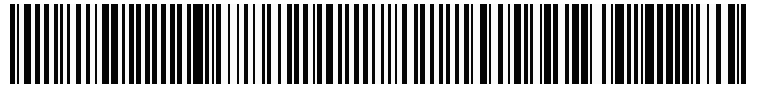
0204202601019036063600120010030000490857455374917

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2026-04-02T11:52:16-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



0204202601019036063600120010030000490857455374917

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: CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS AUXILIOPRAXXEL CIA. LTDA.

RUC/CI: 0190170950001

Fecha Emisión: 02/04/2026

Guía de Remisión:

Dirección: PADRE AGUIRRE 13-18 Y VEGA MUÑOZ CUENCA CEL0992989440

Teléfono: 0992989440

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
130652001M	MAGLUMI FSH (CLIA) X 50 (251250211-20.09.2027)	15700-DME-	1.00	87.00	0.00	87.00
130652002M	MAGLUMI LH (CLIA) X 50 (252250211-04.11.2027)	15700-DME-1223	1.00	87.00	0.00	87.00
130253004M	MAGLUMI FREE T4 (CLIA) X 100 (245250311-14.05.2027)	15696-DME-1223	4.00	154.31	0.00	617.24
130661004M	MAGLUMI 25-OH VITAMIN D (CLIA) X 50 (262250421-06.07.2027)	15633-DME-1123	2.00	380.86	0.00	761.72
130203023M	MAGLUMI TSH (CLIA) X 100 (241260111-22.01.2028)	15696-DME-1223	3.00	180.58	0.00	541.74
130655002M	MAGLUMI INSULIN (CLIA) X 50 (264250311-14.04.2027)	15698-DME-	1.00	149.39	0.00	149.39
130299004M	MAGLUMI STARTER 1+2 (1BOX=2X230ML) (302251101-16.04.2027)	15901-DME-0124	3.00	88.65	0.00	265.95
130299005M	MAGLUMI WASH CONCENTRATE(1BOX=1X714ML) (303255701-08.05.2027)	15901-DME-0124	2.00	47.28	0.00	94.56

Información Adicional

Email: praxxellaboratorio@gmail.com

Dirección Envío: PADRE AGUIRRE 13-18 Y VEGA MUÑOZ CUENCA CEL0992989440

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	2,604.60
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	2,604.60
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	2,604.60
ICE	0.00
IVA 15%	390.69
VALOR TOTAL	2,995.29

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	2,995.29	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