



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000037490

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1804202401019036063600120010030000374904426178913

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-04-19 12:28:10

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1804202401019036063600120010030000374904426178913

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: REPRESENTACIONES MÉDICAS INNOVAMEDIKAL SA

RUC/CI: 0993373911001

Fecha Emisión: 18/04/2024

Guía de Remisión:

Dirección AV FCO DE ORELLANA KM4 1/2 EDF GRANMANZANA, OF 48 JNT AL MALLGUAYAQUIL

Teléfono: 0997140200

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
6510167001	CELLPACK DCL 20L XN (P3330.24.04.2025)	AD-565-06-13	2.00	90.45	0.00	180.90
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	8.00	0.00	8.00

Información Adicional

Email: innovamedikalec@gmail.com

Dirección Envío: REPRESENTACIONES MÉDICAS INNOVAMEDIKAL SA DIR:AV FCO DE ORELLANA KM4 1/2 EDF GRAN

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	188.90
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	188.90
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	188.90
ICE	0.00
IVA 15%	28.34
VALOR TOTAL	217.24

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	217.24	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