



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000037791

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

1005202401019036063600120010030000377914582402315

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-05-13T09:08:01-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



1005202401019036063600120010030000377914582402315

**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: REPRESENTACIONES MÉDICAS INNOVAMEDIKAL SA

RUC/CI: 0993373911001

Fecha Emisión: 10/05/2024

Guía de Remisión:

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

Teléfono: 0997140200

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
130653009M	MAGLUMI TRAB (CLIA) X 50 (290230211-14.06.2025)	15696-DME-1	3.00	71.04	0.00	213.12
130670004M	MAGLUMI 17A-OH PROGESTERONE (CLIA) X 50 (293230211-26.06.2025)	15700-DME-1 223	1.00	165.31	0.00	165.31
130612010M	MAGLUMI PLGF (CLIA) X 50 (157240111-01.10.2025)		3.00	896.34	0.00	2,689.02
130651017M	MAGLUMI S100 (CLIA) X 50 (296230311-13.06.2025)	15878-DME-0	3.00	330.46	0.00	991.38
130655005M	MAGLUMI ANTI-GAD (CLIA) X 50 (470230211-05.01.2025)	16018-DME-0 124	2.00	149.77	0.00	299.54
130605506M	MAGLUMI ICA (CLIA) X 50 (432230311-21.08.2025)	16018-DME-0	3.00	149.77	0.00	449.31
130661002M	MAGLUMI CALCITONIN (CLIA) X 50 (291230311-03.07.2025)	15933-DME-0 124	3.00	149.77	0.00	449.31
130606511M	MAGLUMI DIRECT RENIN (CLIA) X 50 (428230211-13.06.2025)	15931-DME-0 124	3.00	235.05	0.00	705.15
130665004M	MAGLUMI EBV VCA IGM (CLIA)B X 50 (1004230111-10.05.2025)	15877-DME-0	1.00	107.48	0.00	107.48
130651019M	MAGLUMI PEPSINOGEN I (CLIA) X 50 (457230211-14.02.2025)	16518-DME-0 524	3.00	149.77	0.00	449.31
130651020M	MAGLUMI PEPSINOGEN II (CLIA) X 50 (458230111-14.12.2024)	16518-DME-0 524	3.00	149.77	0.00	449.31
130601522M	MAGLUMI GASTRIN-17 (CLIA) X 50 (426230111-12.11.2024)		1.00	172.38	0.00	172.38
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	4.00	0.00	4.00

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
Información Adicional						
Email:	innovamedikalec@gmail.com					
Dirección Envío:	REPRESENTACIONES MÉDICAS INNOVAMEDIKAL SA DIR:AV FCO DE ORELLANA KM4 1/2 EDF GRAN					
Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo			
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	8,216.31	0	0			
				SUBTOTAL SIN DESCUENTOS		7,144.62
				VALOR DESCUENTOS		0.00
				VALOR DESCUENTO ADICIO.		0.00
				SUBTOTAL 15%		7,144.62
				SUBTOTAL 0%		0.00
				SUBTOTAL No objeto de IVA		0.00
				SUBTOTAL SIN IMPUESTOS		7,144.62
				ICE		0.00
				IVA 15%		1,071.69
				VALOR TOTAL		8,216.31

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