



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000039695

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

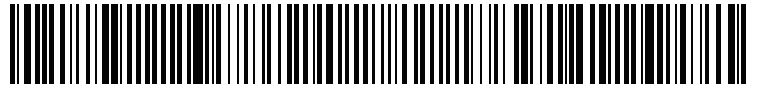
3009202401019036063600120010030000396951174222013

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2024-09-30T09:09:57-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



3009202401019036063600120010030000396951174222013

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: 30/09/2024

Guía de Remisión:

Dirección AV FCO DE ORELLANA KM4 1/2 EDF GRAN MANZANA, OF 48 JNT AL MALL
GUAYAQUIL

Teléfono: 0997140200

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
010101003301	MAGLUMI X3 EQUIPO SERIE: 0101010034012401009 (0101010034012400139)	NA	1.00	10,000.00	0.00	10,000.00

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	11,500.00	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	10,000.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	10,000.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	10,000.00
ICE	0.00
IVA 15%	1,500.00
VALOR TOTAL	11,500.00

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