



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000048140**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

1902202601019036063600120010030000481403445071913

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2026-02-19T17:24:59-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1902202601019036063600120010030000481403445071913

**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: INNOVAGEN SAS

RUC/CI: 1191796866001

Fecha Emisión: 19/02/2026

Guía de Remisión:

Dirección: AV CUXIBAMBA75-31 E IBARRA 1ER PISO CLINICA SANTA ISABEL, LOJA

Teléfono: 0986983060

CEL:0986983060

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
12017547122	INSULIN ELECSYS RP (89179401.31.03.2027)	AD-0314-05-03	1.00	359.00	0.00	359.00
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	3.00	0.00	3.00

**Información Adicional**

Email: infoinnovagen@gmail.com

Dirección Envío: AV CUXIBAMBA75-31 E IBARRA 1ER PISO CLINICA SANTA ISABEL, LOJA CEL:0986983060

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	416.30	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	362.00
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	362.00
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	362.00
ICE	0.00
IVA 15%	54.30
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>416.30</b>

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