



RUC.: 0190360636001

FACTURA

No.: 001-003-000042155

NUMERO DE AUTORIZACIÓN

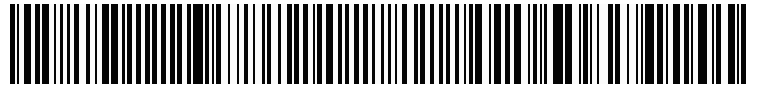
2103202501019036063600120010030000421556935666411

FECHA Y HORA DE AUTORIZACION

2025-03-21T15:40:22-05:00

AMBIENTE: PRODUCCION

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



2103202501019036063600120010030000421556935666411

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: CORPORACION HVQ S A

RUC/CI: 1792758270001

Fecha Emisión: 21/03/2025

Guía de Remisión:

Dirección AV GENERAL ENRIQUEZ E ISLA SANTIAGO CC PLAZA DORAL LAB
HOSPITAL VOZ ANDES QUITOCEL:0993988774

Teléfono: 0993988774

Cod. Principal	Descripción	Registro Sanitario	Cant.	Precio Unitario	Descuento	Precio Total
130670003M	MAGLUMI ACTH (CLIA) X 50 (473240211-18.06.2026)	15900-DME-0 124	1.00	235.35	0.00	235.35
130670001M	MAGLUMI GROWTH HORMONE (CLIA) X 50 (467240111-14.02.2026)	15900-DME-0 124	1.00	154.41	0.00	154.41
130602515M	MAGLUMI SHBG (CLIA) X 50 (427230511-19.10.2025)	15700-DME-1	1.00	183.86	0.00	183.86
FLETE ENVIO	FLETE		1.00	4.00	0.00	4.00

Información Adicional

Email: marevalo@hospitalvozandes.com

Dirección Envío: AV GENERAL ENRIQUEZ E ISLA SANTIAGO CC
PLAZA DORAL LAB HOSPITAL VOZ ANDES

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	577.62
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	577.62
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	577.62
ICE	0.00
IVA 15%	86.64
VALOR TOTAL	664.26

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	664.26	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