



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000042575**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

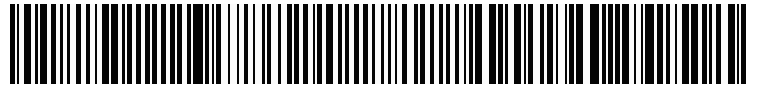
1504202501019036063600120010030000425754514291214

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-04-15T15:36:54-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



1504202501019036063600120010030000425754514291214

**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: 15/04/2025

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
130601037M	MAGLUMI CA 19-9 (CLIA) X 50 (224230211-04.09.2025)	15878-DME-0124	1.00	206.98	0.00	206.98

**Información Adicional**

Email: marevalo@hospitalvozandes.com

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

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	238.03	0	0

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	206.98
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	206.98
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	206.98
ICE	0.00
IVA 15%	31.05
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>238.03</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 CIA LTDA  
NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699