



RUC.: 0190360636001

**FACTURA**

**No.: 001-003-000042966**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN**

0905202501019036063600120010030000429668648520718

**FECHA Y HORA DE AUTORIZACION**

2025-05-09T17:09:07-05:00

**AMBIENTE: PRODUCCION**

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



0905202501019036063600120010030000429668648520718

**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: 09/05/2025

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
130656007M	MAGLUMI ALDOSTERONE (CLIA) X 50 (295230311-22.06.2025)	15931-DME-0124	1.00	235.35	0.00	235.35
130603023M	MAGLUMI TSH (CLIA) X 50 (241240511-16.10.2026)	15696-DME-1223	1.00	95.22	0.00	95.22

**Información Adicional**

Email: marevalo@hospitalvozandes.com

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

SUBTOTAL SIN DESCUENTOS	330.57
VALOR DESCUENTOS	0.00
VALOR DESCUENTO ADICIO.	0.00
SUBTOTAL 15%	330.57
SUBTOTAL 0%	0.00
SUBTOTAL No objeto de IVA	0.00
SUBTOTAL SIN IMPUESTOS	330.57
ICE	0.00
IVA 15%	49.59
<b>VALOR TOTAL</b>	<b>380.16</b>

Forma Pago	Valor	Plazo	Tiempo
OTROS CON UTILIZACIÓN DEL SISTEMA FINANCIERO	380.16	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 CÍA LTDA

NOTIFICAR: eliza.naula@araneda.com.ec Whatsapp: 0984 736 699